

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na ESF Nossa Senhora Consoladora, Lagoa  
Vermelha/RS**

**Reina Ruiz Barrera**

**Pelotas, 2015**

**Reina Ruiz Barrera**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na ESF Nossa Senhora Consoladora, Lagoa  
Vermelha/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Mônica Bergmann Correia Vohlbrecht

Pelotas, 2015

B574m Bezerra, Reina Ruiz

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Nossa Senhora Consoladora, Lagoa Vermelha/RS / Reina Ruiz Bezerra; Monica Bergmann Correia Vohlbrecht, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Vohlbrecht, Monica Bergmann Correia, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esta, bem como todas minhas conquistas a  
minha mãe e meu lindo filho que são meus maiores e  
melhores presentes.

## **Agradecimentos**

A Deus por me proporcionar grandes oportunidades em minha vida.

A minha família em especial minha mãe pelo incentivo ao trabalho e aos estudos.

A minha orientadora Mônica pelo auxílio, dedicação e preocupação.

Aos meus colegas pela cumplicidade.

A equipe do ESF Nossa Senhora Consoladora pela recepção calorosa e pelos ótimos momentos de trabalho compartilhados.

E a todos que, de alguma maneira, contribuíram para realização deste trabalho.

## Resumo

BARRERA,Reina Ruiz. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Nossa Senhora Consoladora, Lagoa Vermelha/RS.** 2015. 89f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Nas estatísticas de saúde do Município Lagoa Vermelha percebe-se que a Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus tinha alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso consideradas um dos mais importantes problemas de saúde na comunidade. O controle adequado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos foi umas das prioridades da Atenção Básica, a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. Este trabalho trata-se de uma intervenção realizada pela Equipe de Saúde Família Nossa Senhora Consoladora, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus dos usuários pertencentes a ESF Nossa Senhora Consoladora, Lagoa Vermelha/RS. Para isso foi implementado o uso da ficha-espelho disponibilizada pelo curso e da planilha de coleta de dados digital. A intervenção ocorreu durante 16 semanas, sendo que 12 com a presença da médica especializada na unidade e 4 semanas em que a equipe seguiu com a intervenção. Na área adstrita a UBS existem 1.350 pessoas com hipertensão e 386 com diabetes nesta faixa etária, entretanto a intervenção envolveu as 30 comunidades pertencentes a UBS que conta com 6.040 usuários em sua população. Para abordagem dos usuários foi feito o cadastramento e a estratificação de risco cardiovascular, com agendamento de consultas conforme prioridade, criação do grupo, encaminhamento para especialistas nos casos em que fosse necessário. A partir da implementação das ações propostas se aumentou a adesão da população as mudanças de estilo de vida e uso correto das medicações. Com o cumprimento da ação na intervenção alcançamos na cobertura: 268 (25,1%) usuários com hipertensão, aumentando gradativamente o cadastramento desses usuários no programa. Assim como para a cobertura de hipertensão a cobertura para diabetes foi sendo aumentada conforme o decorrer da intervenção 307(79,5%). A avaliação da necessidade de atendimento odontológico ao longo da intervenção alcançou 218(81,3%) usuários com hipertensão, para diabéticos alcançamos 223 (72,6%). Para proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa atingimos 100% em todos os meses. Ao estimular a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e propiciando melhorias na qualidade de vida esse projeto pretende contribuir de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população da área de abrangência do ESF Nossa Senhora Consoladora.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	46
Figura 2	Gráfico: Cobertura do programa ao diabético na unidade de saúde. Lagoa Vermelha/ RS. 2015.	46
Figura 3	Gráfico: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	47
Figura 4	Gráfico: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	48
Figura 5	Gráfico: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	49
Figura 6	Gráfico: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	50
Figura 7	Gráfico: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	51
Figura 8	Gráfico: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	51
Figura 9	Gráfico: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	52
Figura 10	Gráfico: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	53
Figura 11	Gráfico: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	54
Figura 12	Gráfico: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Lagoa Vermelha/RS. 2015.	55
Figura 13	Gráfico: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	55
Figura 14	Gráfico: Proporção de hipertensos com estratificação de risco	56

	cardiovascular. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	
Figura 15	Gráfico: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	57
Figura 16	Gráfico: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	58
Figura 17	Gráfico: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	59
Figura 18	Gráfico: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	60
Figura 19	Gráfico: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	61
Figura 20	Gráfico: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	62
Figura 21	Gráfico: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	63
Figura 22	Gráfico: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	63
Figura 23	Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal. Lagoa Vermelha/RS, 2015.	64



### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS -	Agente Comunitário da Saúde
APS -	Atenção Primária à Saúde
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS -	Sistema Único de Saúde
UFPeI -	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS -	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
SIAB -	Sistema de Informação de Atenção Básica
HAS -	Hipertensão Arterial
DM -	Diabetes Mellitus
HIPERDIA -	Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento
UBS -	Unidade de Saúde
MS -	Ministério de Saúde
PACS -	Programa Agente Comunitário De Saúde
URAPS	Unidade Referência Atenção Primaria de Saúde

## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica .....	19
2.1 Justificativa .....	19
2.2 Objetivos e metas .....	21
2.2.1 Objetivo geral .....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	21
2.3 Metodologia .....	21
2.3.1 Detalhamento das ações .....	23
2.3.2 Indicadores .....	28
2.3.3 Logística .....	28
2.3.4 Cronograma.....	38
3 Relatório da Intervenção.....	40
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	40
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	40
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	44
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	45
4 Avaliação da intervenção.....	61
4.1 Resultados.....	61
4.2 Discussão .....	72
5 Relatório da intervenção para gestores .....	76
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	79
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	81
Referências .....	84
Apêndices.....	85
Anexos .....	89

## **Apresentação**

A equipe de saúde apresenta um trabalho de intervenção sobre a melhoria da atenção da pessoa hipertensa e diabéticas pertencente à ESF Nossa Senhora Consoladora. Lagoa Vermelha/RS. A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus representava umas das principais causas de atendimentos nas consultas com um alto grau de risco por doenças cardiovasculares. A intervenção ajudou na organização dos serviços, melhora das condições de saúde da população, estabeleceu metas e objetivos para ampliar ações de promoção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças.

O bom relacionamento entre a equipe, unidade de saúde e os usuários participantes da intervenção melhorou o funcionamento do programa de HIPERDIA. Foi organizado um trabalho organizado e sistematizado durante 16 semanas de intervenção, onde primeiramente realizamos uma análise situacional e análise estratégica de nossa unidade de saúde, estando apresentadas nos dois primeiros capítulos desse volume.

Após a realização da intervenção foi realizado um relatório da intervenção com as ações previstas que foram desenvolvidas e as não desenvolvidas, também foi avaliado os aspectos relativos a coleta e sistematização de dados que está apresentado na capítulo 3.

Além disso, foi realizada a avaliação da intervenção com resultados e discussão, abordados no capítulo 4. A seguir foram realizados os relatórios para gestores e comunidade sobre todo o trabalho desenvolvido durante a intervenção, que estão descritos no capítulo 5 e 6, respectivamente. E dando finalidade a nosso trabalho, no capítulo 7 é abordada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 18/08/2014**

A unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Nossa Senhora Consoladora, atende a população da zona rural do município de Lagoa Vermelha que abrange 6.040 pessoas. Esta ESF foi inaugurada em 23 de março 2012, sua estrutura é composta por um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de procedimentos, uma sala de esterilização, três banheiros, uma cozinha, uma sala de vacina, uma farmácia, uma sala para recepção. Sendo que a unidade de saúde atende desde as 08 horas da manhã até às 17 horas da tarde, as visitas domiciliares são realizadas pela manhã, a enfermeira coleta amostra para exames de Papanicolau. As quintas-feiras à tarde, os exames de laboratórios são autorizados na ESF e compilados no laboratório.

Ainda podemos ressaltar que dispomos de eletrocardiograma que é realizado na ESF pela enfermeira e técnica de enfermagem, não temos em nossa equipe atendimentos odontológicos, apenas dispomos desse serviço no ambulatório de especialidades. Neste ambulatório de especialidades contamos com ginecologia, urologia, cirurgia geral e ortopédica.

Um dos problemas enfrentados pela ESF é que não temos kit de urgências nem oxigênios para os primeiros auxílios, além disso, o município é bastante extenso, por isso a população rural tem dificuldades para locomover-se até as unidades de saúde, as equipes têm igual dificuldade para visitar os pacientes.

A respeito do processo de trabalho penso que as visitas domiciliares devem ser o dia inteiro, pois não dá tempo de visitar a demanda de usuários que utilizam esse serviço, já que as casas estão muito distantes umas das outras e nós demoramos para percorrer a distância de uma casa à outra. Considero que devem ser pensadas estratégias para melhorar esta situação, já que o objetivo do Programa

MAIS MÉDICOS é brindar saúde àquelas pessoas com difícil acesso.

A ESF/Atenção Primária à Saúde (APS) de Nossa Senhora Consoladora atende toda a população rural do interior, por esse motivo não se podem realizar ainda os grupos de educação em saúde, pela dificuldade de acesso que a equipe e a comunidade encontram. Por esta situação a ESF realiza, duas vezes ao ano, festivais de saúde integrados, formado por: médicos, enfermeiras, técnicas de laboratório clínico, dentistas, agentes de saúde e psicólogos, onde se realizam consultas médicas, exames de sangue e bate-papos educativos, sendo avaliados posteriormente pelo médico os resultados dos exames.

As consultas médicas são planejadas para as pessoas do interior, sendo que para os que vivem mais perto da cidade são sobre livre demanda, a equipe de saúde realiza visitas domiciliares para todos que necessitam, no período da tarde, na qual realizamos consultas médicas principalmente a pacientes com incapacidade e aos idosos. Além disso, se realizam atividades educativas para a saúde, falamos sobre educação nutricional, obesidade, hábito de fumar, alcoolismo, dependência de drogas e sobre enfermidades de transmissão sexual, entre outros temas.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional em 04/11/2014**

O Município de Lagoa Vermelha tem uma população de 27.525 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Esta unidade está sobre a jurisdição da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde, com sede em Passo Fundo, que fica a 100 km de distância e há 320 km da capital do Estado. Lagoa Vermelha é sede de uma microrregional de saúde, composta por cinco Municípios: Lagoa Vermelha, Ibiraiaras, Caseiros, André da Rocha e Capão Bonito do Sul. Limita-se ao Norte com Santo Expedito do Sul, Tupanci do Sul e parte de Esmeralda, ao sul com André da Rocha, ao leste com Sananduva, Caseiros, Ibiraiaras, São Jorge e Guabiju.

A Secretaria Municipal da Saúde está habilitada na Gestão Plena da Atenção Básica e tem como atribuições básicas o gerenciamento da saúde pública no nível municipal buscando a consolidação do Sistema Único de Saúde. Há um Ambulatório Municipal que oferece consultas de especialidades de Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, Clínica Geral e Cirurgia, sendo que para as demais especialidades que não temos no município e que os pacientes necessitam, estes são referenciados ao

Sistema de regulação de consultas de especialidade de alta complexidade (SISREG) e agendamento de consultas de especialidade (AGHOS), pois são especialidades de alta complexidade. Não se apresenta disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nem de Centro Especializado em Odontologia (CEO), todavia temos disponibilidade de serviço hospitalar e de exames complementares.

Atualmente o Município possui quatro Equipes de Saúde da Família (ESF) cadastradas no Ministério da Saúde e uma unidade que atende a população do Interior. A ESF Nossa Senhora Consoladora, pertencente ao Rio Grande do Sul, atende a população da zona rural do município de Lagoa Vermelha de 6.040 habitantes.

Disponibilizam-se serviços todos os dias, exceto aos finais de semana, sua área abrange mais de 1,20 metros quadrados, a unidade se caracteriza por ser Estratégia de Saúde da Família (ESF), nela oferece-se serviços à população nas manhãs e nas tardes. A ESF está constituída por dois consultórios médicos, um consultório de enfermagem, uma sala de procedimentos, uma sala de esterilização de materiais, três banheiros, uma cozinha, uma sala de vacinação, uma farmácia e uma sala de recepção.

Além disso, nota-se que se tem apenas uma equipe de saúde da família. A equipe conta com onze agentes comunitários de saúde, um médico clínico geral, médico pediatra que presta serviço uma vez por semana, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma funcionária de limpeza e duas técnicas de vacina.

Com relação à estrutura organizacional do trabalho observa-se que cada usuário tem uma história clínica organizada por família. Encontraram-se dados que demonstram que a maioria da população se concentra na faixa dos 20 aos 59 anos, sendo 54,5% da população, ressalva-se que é a fase produtiva do cidadão. Nesta faixa etária temos o maior número de pessoas em fase de inserção no mercado de trabalho (20 a 29 anos) atingindo 15,7%, no entanto se tem também um percentual grande de desemprego onde a taxa é de 15%.

Quanto ao aspecto demográfico temos uma população concentrada na zona rural, sendo 87,68% e, apenas 12,32% na zona urbana. Estamos estudando a possibilidade de dividir a população, pois a meta é de 2.000 usuários em cada UBS, sendo a intenção do município, realmente, atender as comunidades com mais dedicação e satisfazer todas ou quase todas as necessidades de saúde.

Hoje existe uma equipe, mas na recontagem dos habitantes haverá uma mudança, ocasionando a quebra em duas equipes a mais trabalhando exclusivamente na zona rural. Além disso, se realizou o mapeamento da área de atuação, com a participação de todos os profissionais, os quais neste momento estão trabalhando em outra unidade básica de saúde, pois a nossa unidade está em reforma para melhor organização e brindar uma ótima atenção à população.

Dentre as deficiências que apresentamos no posto de saúde está a falta de medicamentos para os primeiros auxílios, lembra-se que é necessário principalmente pelo fato de que a ESF atende toda a zona rural. Também temos problemas com o transporte para as visitas domiciliares, estas deficiências são conhecidas pela secretária municipal, mas já se estão resolvendo de acordo com as possibilidades do município.

A equipe de saúde trabalha das 8:00 às 17:00 horas com intervalo de almoço sem fechar a unidade, realizamos o acolhimento da população na mesma sala de espera, quem recebe e atende os usuários é a enfermeira ou a técnica de enfermagem, a qual orienta e brinda informações de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

Os atendimentos de urgências e emergências são realizados no hospital do município. Na unidade básica não se realiza atenção pré-natal, puerpério nem puericultura, esses atendimentos são centralizados no município e são realizados pelos especialistas. A estimativa de crianças menores de dois anos é de 100 e de grávida é de 13, segundo o CAP. Tampouco tem atenção odontológica, mas aqueles indivíduos com necessidades são remetidos para o centro municipal, nota-se que a equipe realiza ações educativas de prevenção e de promoção sobre a higiene bucal e pessoal. Dessa forma não foi possível preencher o caderno de ações programáticas sobre estas estratégias.

Todavia ressalta-se que a saúde bucal é um programa de muita importância para garantir a qualidade de vida das pessoas, principalmente nas crianças e pacientes idosos, também é importante para a medicina familiar, pois permite identificar vários problemas. Trazer possíveis soluções e metas para a equipe melhorar seu trabalho e a saúde do povo. Destaca-se que o papel da equipe é realizar atividades educativas para elevar a assistência a este serviço, dessa forma devemos trabalhar com prevenção desestimulando os hábitos tóxicos e promovendo a higiene bucal.

De acordo com o caderno de ações programáticas os indicadores estão muitos completos, mas faltam alguns controles como: quantas grávidas são menores de idade e quantas são maiores de 35 anos, quantas são captadas no 3º trimestre de gestação, quantas são mães solteiras, quantas trabalham. É importante saber o modo e estilo de vida, os hábitos de risco e os antecedentes pessoais e familiares. Levando em consideração a importância e o objetivo da atenção pré-natal, considera-se que para obter uma boa atenção e qualidade no pré-natal e puerpério estas consultas devem realizar-se em conjunto, com a equipe de trabalho de saúde (médico clínico, ginecologia, psicologia, odontologia e agentes comunitários de saúde), utilizando-se de um mesmo protocolo na unidade.

Em relação à Prevenção de Câncer de Colo de Útero e controle do Câncer de Mama são realizados na unidade de saúde. A estimativa de mulheres na faixa etária de prevenção do câncer de mama é de que são atendidas 35 por mês, se registram através dos prontuários, as ações estão estruturadas de forma programática, mas não existe protocolo, não contamos com um registro específico, mas se realiza monitoramento regular destas ações, acredita-se que se deve realizar um protocolo, além do preparo de uma equipe especializada para estas enfermidades, junto com isto a elaboração de um registro específico.

Observando o indicador de cobertura, percebe-se que temos 94% das usuárias cadastradas para a ação de prevenção de câncer de colo de útero e 100% para prevenção do câncer de mama, percebendo-se que não está adequada, porque não há informações suficientes, não se podendo realizar uma correta avaliação. De acordo com o indicador de qualidade 53% das mulheres realizaram exame citopatológico em dia para câncer de colo de útero, 47% estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, 53% tem avaliação de risco para câncer de colo de útero e para orientação sobre prevenção de CA de colo de útero, 53% orientação sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), 50% apresentam exames coletados com amostras satisfatórios, 18% com exames coletados com células representativas da punção escamocolumnar.

É fundamental destacar que o câncer de cólon de útero é um importante problema de saúde pública no mundo, uma provável explicação para as altas taxas de incidências em países em desenvolvimento seria a inexistência ou a pouca eficiência dos programas de rastreamento. Ainda foi observado no caderno que 68%



das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos estão com a mamografia em dia, mas ainda existem um percentual de 34% com atraso de mais de três meses para realização desse exame. Outra questão que chama a atenção é que apenas 14% tem avaliação de risco para câncer de mama e que 92% tem orientação para prevenção dessa doença.

Por tudo isso, que de acordo a governabilidade percebida, o primeiro passo que deve ser realizado é o cadastro da população da área adstrita da UBS. O segundo passo é separar a população de mulheres por faixa etária (entre os 25 a 64 anos e 50 a 69 anos), terceiro é realizar um protocolo específico, atribuindo e capacitando profissionais da saúde para o seguimento destas enfermidades. Em quarto lugar será realizado registros com todos os dados dos exames alterados e outro registro com o seguimento e destino final das mulheres com diagnósticos positivos, por último realizar atividades de promoção e educação para a prevenção do câncer com ajuda dos meios de informações como a rádio e a TV.

Em relação aos hipertensos e diabéticos a equipe de saúde não apresenta protocolos e as consultas são registradas nos prontuários. Em relação às ações desenvolvidas para esse público, nota-se que estão voltadas à prevenção das possíveis complicações dessas patologias, a realização das atividades de grupo, visitas domiciliares, organização de registros específicos, realização de um protocolo de avaliação e monitoramento das ações. De acordo com o processo de trabalho pensa-se que deve ser melhorada a organização da atenção ao Hipertenso e diabético através da realização de um protocolo na UBS e acima de tudo realizar o cadastro dessa população.

Ainda se apresentam muitas dificuldades, principalmente, com relação ao percentual de cadastramento da população, por isso que a estimativa do número de hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área não é a adequada. Analisando o caderno de ações programáticas observa-se que a cobertura é de 79% para os hipertensos e para os diabéticos é de 100%. Considerando os indicadores de qualidade da atenção para estas enfermidades verifica-se que são aceitáveis, esse fato pode ser explicado, pois conta-se com um médico clínico geral em tempo completo e a avaliação de especialistas, tais como Cardiologia, Urologia, Psicologia e Cirurgia, se precisa ser acompanhado por possíveis complicações.

Para os indicadores de qualidade dos hipertensos nota-se que 100% está com a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 33% têm atraso da

consulta agendada em mais de sete dias, 92% tem exames complementares periódicos em dia, 100% orientação sobre prática de atividade física regular, 100% recebeu orientação nutricional para alimentação saudável e, o que mais chama atenção, 0% avaliação de saúde bucal em dia. De acordo com os indicadores de qualidade de diabéticos temos 25% com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 98% com atraso da consulta agendada em mais de sete dias e com exames complementares periódicos em dia, 100% com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses, 0% com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses, 100% com orientação sobre prática de atividades física regular e com orientação nutricional para alimentação saudável e, igualmente, 0% com avaliação de saúde bucal em dia.

A ESF presta serviço todos os dias, em ambos os turnos, os atendimentos para os usuários idosos são agendados, os mesmos são avaliados pelo médico clínico geral, estas consultas se registram somente nos prontuários, sem guias de protocolos, quando é necessária uma avaliação de outros especialistas como cardiologia, psiquiatria, urologia ou outras, estes realizam o acompanhamento. Não apresentamos na ESF programa de HIPERDIA, nem registros específicos para o controle destes usuários, por isso que apresentamos falta de informação para o preenchimento completo do caderno de ações programáticas, mas foi possível preencher alguns dados com ajuda dos prontuários.

Ainda a estimativa do número de idosos residentes na área não é a real, pois existe uma população de mais de 6.000 habitantes, além de que os números de prontuários não coincidem, por isso também que a avaliação da cobertura para 100% é inadequada, entretanto os poucos indicadores da qualidade da atenção podem-se avaliar como adequados, os quais são: caderneta de saúde da pessoa idosa, 100% dos idosos a têm, 78% recebeu Avaliação Multidimensional Rápida, 92% está com o acompanhamento em dia, 81% apresenta hipertensão arterial sistêmica, 19% apresenta Diabetes Mellitus, 100% tem avaliação de risco para morbimortalidade, 0% realizou investigação de indicadores de fragilização na velhice, 100% recebeu orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para atividades física regular e 0% teve avaliação de saúde bucal em dia.

De acordo com o preenchido no questionário podemos melhorar primeiro na realização de protocolo. Posteriormente criar o grupo de acompanhamento do programa HIPERDIA, realização de registros específicos, aumentar o número de

visitas domiciliares, organizar esses registros, realizar um protocolo, avaliar e monitorar as ações, além de atividades em grupos com ajuda de um professor de educação física para a preparação dos exercícios físicos de acordo com as idades e enfermidades.

Pensa-se que para uma melhor qualidade da atenção do idoso deve haver uma avaliação geriátrica global, organização dos registros, realização de atividades de grupo, realização de visitas ao domicílio, planejamento, organização e gestão da ação programática. Além disso, está se realizando um guia para medir, por pontuações, a fragilidade de cada paciente idoso. As ações são desenvolvidas para a melhoria da autonomia do idoso, na sua inclusão na família e na comunidade e em tudo o que melhore sua qualidade de vida como, por exemplo: tratamentos, alimentação, investimento em pessoa preparada para os cuidados dos idosos e espaços comunitários de convivências onde eles possam sentir-se úteis, ativos e encontrem sentido em suas vidas.

Finalizando considera-se que o maior desafio é que se realizem os protocolos de saúde e melhore os indicadores. Percebe-se que os recursos que apresentam a unidade básica é a vontade, o desejo de trabalhar, a entrega total ao trabalho que tem a equipe de saúde.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Fazendo uma comparação da segunda semana de ambientação com respeito à situação da ESF/APS, sem dúvida está se trabalhando a fim de melhorar a organização dos serviços, na compensação dos pacientes e na realização das atividades de grupo. Além disso, antes não tinha conhecimento profundo da estrutura da unidade, da população adstrita, suas patologias mais prevalentes e de todo o processo de trabalho que os profissionais estão envolvidos. Agora, após a análise situacional, pode-se observar tudo o que está adequado e o que precisa ser modificado para atingir o objetivo maior de levar saúde à todos os usuários do Sistema Único de Saúde.

## **2      Análise Estratégica**

### **2.1    Justificativa**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) ( $PA \geq 140 \times 90 \text{ mmHg}$ ). Essa patologia associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também se pode observar prevalências de HAS em fases mais precoces da vida, como fator de risco. A HAS origina muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, a hipertensão arterial e disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações

cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE; et al., 2009). No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2012) mostram que a prevalência de diabetes autoreferidas na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011.

A intervenção na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Nossa Senhora Consoladora será fundamentalmente para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e diabetes. A unidade conta com dois consultórios médicos, uma sala de vacinação, uma sala de recepção, uma sala de esterilização, uma cozinha e dois banheiros. Sendo que sua equipe está constituída por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, duas técnicas de vacinação, um médico clínico geral e uma auxiliar de limpeza. Sua área adstrita abrange uma população alvo de 6.040 usuários, cadastrada e atendida pela ESF apenas 3.487 indivíduos. O atendimento se realiza em dois turnos até as 17:00 horas, sendo que o trabalho está organizado desde que o usuário chega à unidade. Na recepção se verifica se o usuário está cadastrado e se têm sua ficha atualizada com consultas em dia, vacinas e exames laboratoriais, entre outros aspectos se indica encaminhamento ao dentista para sua avaliação. Cada membro da equipe tem sua função definida, entre organização e atualização dos prontuários. Todavia, considera-se que devemos melhorar o planejamento de consultas e abastecimento de insumos e materiais importantes para melhorar o estado de saúde da população.

Apresentam-se dificuldades com a estabilidade das atividades de grupos, pois, não se realizam periodicamente, principalmente, pela dificuldade que apresentamos com o transporte. Além disso, não temos 100% da assistência à população. A população não tem conhecimento das doenças por esta razão não considera os fatores de risco. Em cada consulta apresentamos índices elevados das complicações e da prevalência das enfermidades. As consultas dos especialistas para a avaliação são agendadas, nesse ponto outra fragilidade é detectada, pois essas consultas levam tempo prolongado para serem realizadas. Quanto às deficiências, estamos com apenas 9 agentes comunitários de saúde (ACS) para 14 bairros, algo que dificulta um pouco a pesquisa ativa dos usuários. A qualidade da atenção é boa apesar das dificuldades que apresentamos com respeito à deficiência de profissional médico e à carência de transporte urbano que impossibilita que os

usuários tenham um seguimento correto das consultas agendadas. As ações de promoção já desenvolvidas pela equipe de saúde foram as capacitações dos agentes de saúde para a pesquisa dos fatores de riscos e cadastramento dos usuários com hipertensão e diabetes e a realização das atividades de promoção e prevenção de saúde com dois grupos no interior da comunidade. Devido a todos os fatores abordados, nota-se a importância de melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e diabetes da ESF Nossa Senhora Consoladora.

## **2.2 Objetivos e metas**

A ação programática escolhida para a intervenção é sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Para fazer uma boa intervenção temos que refletir sobre os objetivos e metas para o desenvolvimento das ações que melhorem os indicadores deste programa. Assim a seguir são abordados o objetivo geral e os específicos do projeto de intervenção.

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na ESF Nossa Senhora Consoladora, Lagoa Vermelha/RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Nossa Senhora Consoladora, no Município de Lagoa Vermelha/RS. Participarão da intervenção 1.067 hipertensos e 386 diabéticos, destaca-se que esse número corresponde aos usuários que estão em acompanhamento na unidade, mas que no momento o acompanhamento não se encontra dentro dos padrões adequados para o Ministério da Saúde, dessa forma pretende-se refazer o cadastramento e iniciar o acompanhamento de acordo com o protocolo.

O cenário da intervenção será a ESF Nossa Senhora Consoladora e o trabalho será realizado pela equipe de saúde da família, os dados serão coletados durante consultas médicas e visitas domiciliares com apoio da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde, serão utilizadas fichas espelho específicas para a coleta de dados, além de planilhas disponibilizadas pelo curso de Especialização à Distância em Estratégia de Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas.



### 2.3.1 Detalhamento das ações

As ações desenvolvidas durante a intervenção serão descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso. Com isso, espera-se abranger todos os aspectos relevantes para realização da intervenção de modo a contemplar todas as metas e indicadores estabelecidos para a ação programática.

#### **Monitoramento e avaliação**

Será realizado o monitoramento e avaliação do número de diabéticos cadastrados no Programa através da ficha espelho, prontuário livro de registro de exames, ficha de atendimento odontológico e livro de registro de visitas domiciliares. **Detalhamento:** A partir desses dados será preenchida uma planilha, na qual estarão descritos todos os usuários cadastrados no programa, quem ficará responsável pelo preenchimento da planilha será a médica da unidade.

Na ficha espelho (ANEXO A), que será implantada na unidade, será coletado dado sobre a realização de exame físico adequado, realização de exames laboratoriais segundo o protocolo do Ministério da Saúde (MS) e necessidade de avaliação odontológica para os pacientes hipertensos e diabéticos. Além disso, haverá um espaço para indicação do número de medicamentos que cada usuário utiliza e se este tem recebido pela farmácia popular/HIPERDIA a totalidade de seu tratamento.

Para essa análise a enfermeira da unidade ficará responsável da verificação quinzenal desses dados, se for observado que existem indivíduos com atraso na realização de exames complementares, este realizará a solicitação e encaminhará para o recepcionista que já providenciará o agendamento, após o agente de saúde será comunicado da data e horário previsto para o exame e se encarregará de comunicar o usuário através de visita domiciliar com entrega do agendamento e solicitação do exame.

Ainda se realizará o controle de estoque dos medicamentos, incluindo a validade, quem será responsável por esse ação será a enfermeira, que manterá um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na

unidade de saúde. **Detalhamento:** Além disso, a técnica de enfermagem irá verificar se há atraso na entrega e solicitará que o agente em sua visita informe que há disponibilidade de sua medicação na unidade e que este pode ir a qualquer momento retirar. Além disso, todos os hipertensos e diabéticos terão prioridade de atendimento para problemas agudos, sendo que nestas consultas serão verificados os sinais vitais de imediato pela técnica de enfermagem que priorizará o atendimento para o mais necessitado, ainda serão verificados os exames e, em caso de atraso no acompanhamento, já serão encaminhados para execução dos mesmos, após passarem por consulta com a médica da unidade.

O monitoramento da qualidade dos registros será semanal, nas reuniões de equipe, nas quais serão discutidos os números de indivíduos cadastrados semanalmente e se passará a priorizar os usuários identificados com essas patologias recentemente, sendo que serão disponibilizadas 5 consultas mensais para esses usuários, com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano para cada hipertenso e diabético.

Sobre as ações de promoção de saúde serão monitoradas, a partir do feedback de cada usuário. Em cada ação desenvolvida se passará uma ficha de satisfação (APÊNDICE A) para o usuário preencher, a enfermeira da equipe fará o levantamento mensal de cada atividade proposta e irá expor os resultados alcançados na primeira reunião de cada mês.

### **Organização e gestão do serviço**

A equipe vai garantir o registro dos hipertensos cadastrados no programa, melhorando o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e/ ou DM e garantindo material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. **Detalhamento:** Além disso, utilizaremos meios informativos como radio banners, palestras para que a comunidade seja informada sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. **Detalhamento:** Informar a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, assim como a importância do rastreamento para DM

em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Outro ponto que será garantido pela unidade é a capacitação dos ACS para o cadastramento de diabéticos e hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. **Detalhamento:** Além da capacitação da equipe de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, o qual a técnica de enfermagem será a responsável, esta atividade ocorrerá no turno das reuniões da equipe. Realizar-seá campanhas de coleta de exames laboratoriais para pacientes de difícil acesso a cidade e de orientações educativas para melhorar o conhecimento da população sobre estas doenças, com a pretensão de aumentar a prevenção e diminuir a incidência dessas doenças. **Detalhamento:** Será pactuada com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecidos um sistema de alerta aos exames complementares definidos no protocolo, o sistema de informação de saúde (TEI), que é um sistema operacional que executa todas as ações pertinentes aos atendimentos dos usuários do SUS. **Detalhamento:** É realizado mensalmente pela enfermeira

Adverte-se que o detalhamento para as ações de promoção da saúde será baseado em organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade, orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Para melhorar o acolhimento dos usuários portadores de diabetes e hipertensão a técnica de enfermagem acolherá os pacientes e verificará os sinais vitais, além disso, orientará sobre importância de conhecer os fatores de risco. Será estabelecido que todos os usuários com fatores de risco sem sintomas sejam atendidos no mesmo turno que cheguem à unidade.

Serão organizadas visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizado uma agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, através da ajuda dos agentes de saúde e do cadastramento, no registro específico que brinde todas as informações necessárias. **Detalhamento:** Quem ficará responsável será a enfermeira, que também manterá as informações do SIAB atualizadas.

## Engajamento público

Também é muito importante destacar que serão organizadas atividades de orientação através das campanhas, visitas, panfletos, radio, TV e autofalante para informar aos pacientes quanto à periodicidade com que devem ser realizados estes exames complementares, quanto aos riscos e da importância do acompanhamento, sobre as práticas de promoção da saúde e o acompanhamento na unidade de saúde. **Detalhamento:** Além disso, será fornecida orientação sobre seu direito de informação e disponibilidade de seus registros, dos medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, de acesso ao exame clínico apropriado (pés, pulsos e extremidades). **Detalhamento:** assim como para os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas.

É importante ressaltar que a comunidade deverá estar consciente de que tem direito a avaliação da saúde bucal e atendimento em caso de necessidade. Ainda será disponibilizada na sala de espera da unidade uma urna para que as pessoas possam deixar sua opinião e sugestões do que pode ser melhorado para evitar evasão dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade.

## Qualificação da prática clínica.

Serão realizadas atualizações e capacitação para os profissionais no tratamento da hipertensão e Diabetes, através dos protocolos do Ministério da Saúde preconizados para o atendimento desses usuários (Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37). **Detalhamento:** Afim de que cada profissional saiba orientar os usuários sobre as alternativas para obtenção de acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde.

Toda a equipe deverá ser capacitada para realizar a medida de pressão arterial assim como para realização do Hemoglicoteste. **Detalhamento:** Os profissionais terão acesso aos manuais, sempre que necessitarem e deverão usá-los como apoio durante a avaliação e execução dos exames complementares de todos os usuários da ação programática. Outra parte da capacitação que ficará sobre responsabilidade da dentista da unidade é a capacitação da equipe para

avaliação da saúde bucal dos usuários. **Detalhamento:** Sendo que enfermeiros, técnicos de enfermagem e médico deverão realizar a avaliação e passar a dentista os casos que necessitam de atendimento odontológico.

A equipe será capacitada para o correto preenchimento das fichas e protocolos de atendimento. **Detalhamento:** no início da intervenção, essas ações ficarão sob responsabilidade da médica da unidade. Ainda será utilizado um tempo durante as reuniões de equipe para a capacitação de todos os profissionais envolvidos no atendimento desses pacientes para realizar estratificação de risco, segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

### 2.3.2 Indicadores

**Metas relativas ao objetivo1:** Ampliar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

**Meta1.1** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Meta 1.2** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador1.1** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador 1.2** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Metas relativas ao objetivo2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos

**Meta 2.3** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

**Meta2.4** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

**Meta 2.7** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.1** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**.Indicador 2.2** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.3** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

**Indicador 2.4** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

**Numerador:** Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**Denominador:** Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

.

**Indicador 2.6** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

**Numerador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**Denominador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Indicador 2.7** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador2.8** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de

atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Metas relativas ao objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

**Indicador 3.1** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas

.

**Indicador 3.2** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Metas relativas ao objetivo4:** Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.



**Indicador 4.1** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.2** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Metas relativas ao objetivo5.** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador5.1** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de

saúde.

**Metas relativas ao objetivo6.** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos

**Meta 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

**Meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

**Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

**Meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador6.1** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 6.2** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

.

**Indicador 6.3** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Numerador:** Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

.

**Indicador 6.4** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Numerador:** Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 6.5** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 6.6** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 6.7** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 6.8** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013. Estarão à disposição 02 cópias, uma para o médico clínico geral e a outra para a enfermeira, os quais ficarão na unidade básica de saúde à disposição de qualquer outro profissional que necessite.

Utilizaremos os prontuários específicos de Hipertensos e Diabéticos disponíveis no Município. Serão anexados ao prontuário dados específicos, histórico do indicador de qualidade, os quais serão guardados em um arquivo específico que identifique estas doenças. O responsável será o médico clínico geral. Considera-se realizar esta estratégia, pois o prontuário não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, esquema de vacinas e dados relativos a classificação de risco de hipertensos e diabéticos. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, a médica e o enfermeiro vão utilizar a ficha espelho.

Estimamos alcançar com a intervenção 100 hipertensos e 80 diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor dos 180 prontuários necessários e para imprimir as 180 fichas espelho complementares que serão anexadas aos prontuários. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (ANEXO B), a qual estará sobre responsabilidade da médica clínica geral.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os pacientes Hipertensos e Diabéticos que vieram ao serviço para consultas nos últimos 03 meses. A profissional localizará os prontuários destes pacientes e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para o registro específico. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso. Estes serão guardados em um arquivo específico que será monitorado a cada 03 meses nas consultas agendadas pela enfermeira. O agendamento das consultas se realizará através de telefone, pessoalmente e pela ACS nas visitas realizadas. Os pacientes faltosos serão

visitados pelo ACS e os resultados desta visita serão discutidos mensalmente nas reuniões de equipe com a identificação dos principais problemas.

Começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos, para isto serão reservados 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para as reuniões. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e divulgará o conteúdo para os outros membros da equipe realizando uma discussão sobre o estudo do tema.

Para viabilizar o monitoramento e avaliação será utilizado como parâmetro de monitoramento e avaliação, o relatório do sistema de informação da Atenção Básica, referente ao quantitativo de casos novos, sobre responsabilidade da equipe.

Para viabilizar a ação de organização e gestão do serviço o acolhimento dos Hipertensos e Diabéticos será realizado pela técnica de enfermagem. Os pacientes com seguimento de hipertensão e diabetes serão atendidos de acordo com o planejamento ou agendamento realizado pela técnica de enfermagem no mesmo turno para diminuir os pacientes faltosos as consultas médicas com busca ativa.

Pacientes com fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes serão atendidos no mesmo turno a fim de alcançar uma melhor qualidade de vida dessa população. Pacientes que buscam consultas clínica de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 03 dias. Os pacientes que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada, para isso será necessário uma agenda, caneta e fichas de agendamento de consulta para os pacientes que serão fornecidos pela secretaria de saúde.

Para sensibilizar a comunidade utilizaremos como estratégia a informação da comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde através dos representantes da comunidade, esclarecendo a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Também será realizada dessa forma a sensibilização sobre o rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg. Orientando a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. A responsável será a técnica de enfermagem e o agente comunitário. Essas ações serão desenvolvidas no salão da comunidade, utilizando-se para isso o computador, data show e banner que será

produzido pela enfermeira.

Semanalmente, a enfermeira examinará os prontuários dos hipertensos e diabéticos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os pacientes em atraso, estima-se 10 por semana totalizando 24 por mês. Ao fazer a busca já agendará as pacientes para um horário de sua conveniência na unidade de saúde. Ao final de cada mês, as informações coletadas no prontuário específico serão consolidadas na planilha eletrônica.







### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Que boa semana! Já estou na semana 13, semana importante, pois esta intervenção vai levar em consideração tudo o que conseguimos implantar, a dedicação demonstrada na intervenção, a capacidade de análise em relação a intervenção e a aprendizagem que alcançamos com a realização da intervenção. Durante todas estas semanas realizamos o desenvolvimento das ações programadas no cronograma.

O acolhimento se realizou todos os dias, mas devemos melhorá-lo, pois apresentamos dificuldade, já que não temos um local específico para o desenvolvimento desta ação. Esta dificuldade já foi discutida com o gestor.

Também é muito importante destacar que foram organizadas atividades de orientação através das campanhas, visitas, panfletos, radio, TV e autofalante para informar aos usuários quanto a periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares, quanto aos riscos e a importância do acompanhamento, sobre as práticas de promoção da saúde e o acompanhamento na unidade de saúde. Além disso, foram fornecidas orientações sobre seu direito de informação e disponibilidade de seus registros, dos medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, de acesso ao exame clínico apropriado (pés, pulsos e extremidades), assim como para os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas.

A equipe de saúde trabalhou muito para desenvolver as ações que implicaram no aumento da cobertura de Hipertensão e Diabetes, assim como os mecanismos para cadastrar a maior quantidade de Hipertensos e Diabéticos de a área adstrita, através de visitas domiciliares, com ajuda das agentes comunitárias e das lideranças comunitárias, continuamos tentando cumprir com as metas

estabelecidas para a atenção à Hipertensão e Diabetes, pois ainda nossos indicadores não estão em 100%.

Foram avaliados e encaminhados para a atenção odontológica hipertensos e diabéticos, apesar de ter obtido estas cifras continuamos com as deficiências na atenção odontológica situação que foi analisada na reunião do grupo com o conhecimento pleno do gestor Municipal de Saúde, sendo que não tivemos solução alguma sobre essa barreira. Todos os usuários atendidos são monitorados através de prontuários e fichas-espelho com a responsabilidade da enfermeira e eu. Realizou-se contato com o grupo de HIPERDIA para explicar sobre o projeto e solicitar apoio para a realização deste trabalho. Durante o cadastramento encontramos usuários Hipertensos e Diabéticos que não quiseram se cadastrar pela razão que estão mais perto do Município de Ibiraiaras e é mais cômodo realizar o acompanhamento por lá

Outro ponto que temos é adesão, na qual se cumpre para os Hipertensos e Diabéticos, já que apresentamos Hipertensos e Diabéticos cadastrados faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a prioridade recomendada, pois a maioria da população é do interior e apresentamos problemas com o transporte público.

Hipertensos e Diabéticos cadastrados foram orientados em cada consulta, nas atividades de grupo e visitas domiciliares, as particularidades sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

As ações previstas no projeto a serem desenvolvidas foram realizadas. Começamos com a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)/Diabetes Mellitus (DM), na qual convidamos os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e os líderes da comunidade, aproveitando assim, a realização da capacitação da busca ativa de usuários com HAS/DM faltosos as consultas, esta atividade se realizou em um local adaptado na própria comunidade às 16:00 horas em uma quarta-feira.

As protagonistas foram a enfermeira e eu (médica clínica geral), realizamos esta capacitação nos apoiando nos protocolos de hipertensos e diabéticos, recordando a importância de como prevenir ou estabilizar os fatores de risco. Durante a atividade definimos as atribuições de cada um para a realização da mesma, considerando que os ACS e as lideranças comunitárias são os responsáveis pelo cadastramento dos usuários portadores de HAS/DM e da busca

ativa dos faltosos as consultas, houveram muitas inquietações quanto ao tempo em que se deve terminar esta atividade e a demora para a realização, pois temos dificuldades com o déficit dos agentes comunitários de saúde e seu transporte para a realização desta atividade.

Realizaram-se as palestras sobre prevenção do pé diabético e acidente vascular cerebral isquêmico, palestra ofertada pela enfermeira da UBS e a palestra sobre dieta saudável palestrada por uma ACS.

O objetivo principal do evento foi a divulgação das ações de intervenção para as famílias da comunidade e detalhamento do mesmo, com a importância de ter os usuários hipertensos e diabéticos estáveis, tratados e sob monitoração da equipe de saúde, a orientação de não faltar as consultas clínicas e odontológicas, ensinamento coletivo sobre escovação dentária, saúde bucal e a importância de manter o calendário vacinal atualizado, com as palestras realizadas pela técnica de enfermagem. Pelo menos a intervenção ajudou a equipe a ser mais participativa e unida. É muito satisfatório modificar a realidade na unidade.

Usuários com fatores de risco sem sintomas foram atendidos no mesmo turno. Também se realizou a capacitação dos ACS para o cadastramento de diabéticos e hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde e a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, o qual a técnica de enfermagem foi a responsável por esta capacitação no turno das reuniões de equipe.

Garantiu-se com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabeleceram-se sistemas de alerta para os exames complementares definidos no protocolo. Também foi muito importante orientar os usuários quanto a periodicidade com que devem ser realizados estes exames complementares.

Finalmente como ação muito importante o acompanhamento da realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos, a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos. Organizaram-se práticas coletivas sobre alimentação saudável, demandando junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade, orientação de hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável,

capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde.

Semanalmente a enfermagem examinou os prontuários dos hipertensos e diabéticos identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. Organizaram-se as visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizamos a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, através da ajuda dos agentes de saúde e cadastramento no registro específico que contempla todas as informações necessárias e monitora semanalmente a qualidade dos mesmos, sobre a responsabilidade da enfermagem, para assim manter as informações do SIAB atualizada.

Monitoramento dos diabéticos e hipertensos cadastrados no Programa através do prontuário que foram preenchidos no cadastro do usuário e depois mensalmente foram avaliados pela enfermeira da unidade. Para melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes e hipertensão a técnica de enfermagem acolheu-os e verificou os sinais vitais, além disso, orientou a importância de conhecer os fatores de risco.

Outras ações realizadas foi o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Foi avaliado pela equipe se realizaram várias sub ações entre as quais se encontram: priorização do atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, organização da agenda para o atendimento desta demanda, orientação dos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, esclarecendo os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Além disso, se realizou o monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA da seguinte maneira: realizou-se controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos junto com a enfermagem, mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, se orientou os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso, realizou-se atualização do profissional no tratamento da hipertensão e Diabetes e capacitação da equipe para orientar os

usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Todas as ações foram cumpridas integralmente, a dificuldade encontrada foi o problema do transporte, mas as ações foram cumpridas. A equipe tomou como estratégia para dar continuidade as ações como rotina a implantação e realização de um Relatório de Produção de Marcadores para Avaliação. Realiza-se mensalmente pelos ACSs onde informam todos os dados das atividades das ações previstas para essa ação programática, estas informações se monitoraram mensalmente pelo médico e enfermeira.

Com certeza posso falar que a realização do projeto da intervenção superou as expectativas em relação a cobertura e melhoramento da qualidade da atenção dos Hipertensos e Diabéticos na unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Nossa Senhora Consoladora.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Com relação ao cumprimento da ação na intervenção com respeito ao cadastramento não alcançamos indicadores propostos. Apresentamos dificuldades no cumprimento dos cadastrados por semana, pois às vezes não tivemos acesso aos lugares, já que nossa unidade atende a zona rural (interior), com estradas de difícil acesso, além disso, há poucos ACSs (temos nove agentes comunitário de saúde para 30 comunidades) e por isso foram poucos usuários que foram cadastrados segundo o novo formato de atendimento na unidade. Ainda é importante destacar que 02 usuários diabéticos trocaram de endereço, não sendo possível seu encontro.

Apresentamos dificuldade na avaliação da necessidade de atendimento Odontológico, pois não temos serviços de Odontologia na unidade de saúde e os usuários tem que ser encaminhados a outra unidade de saúde, além disso, não temos um controle de seu seguimento.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Com relação a planilha de coleta de dados é um meio de informação e atualização para a organização e controle de dados para a atenção básica de saúde

é por isso que a equipe decidiu incorporar essa planilha como rotina do serviço. Ao início apresentamos dificuldade por não ter registros de dados necessários sobre hipertensos e diabéticos da unidade. Além disso, a equipe não tinha conhecimento sobre os usuários hipertensos e diabéticos no programa de HIPERDIA, mas agora estamos trabalhando com isso e pouco a pouco melhorando os registros.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. A equipe tomou como estratégia para dar continuidade as ações como rotina a implantação e realização de um Relatório de Produção de Marcadores para Avaliação. Mensalmente foi realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), isso serviu para informar todos os dados das atividades das ações previstas na intervenção, estas informações se monitorarão mensalmente pelo médico e enfermeira.

Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta de cobertura de hipertensos e diabéticos. Vamos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou da melhoria da atenção à pessoa com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, com 20 anos ou mais pertencentes à ESF Nossa Senhora Consoladora, Lagoa Vermelha/RS. Na área adstrita a UBS existe 1.067 Hipertensos e 386 Diabéticos nesta faixa etária, entretanto a intervenção focalizou as 30 comunidades pertencentes a UBS que conta com 6.040 usuários em sua população.

A seguir são descritos os resultados encontrados conforme os objetivos estabelecidos.

**Objetivo1:** Ampliar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Com o cumprimento da ação na intervenção alcançamos os seguintes indicadores na cobertura: Mês 1: 73 (6,8%); Mês 2: 137 (12,8%); Mês3: 186 (17,4%); Mês 4: 396(37,1%) usuários com hipertensão. Aumentando gradativamente o cadastramento desses usuários no programa. Não alcançamos 100% pelo déficit de ACSs, pois a unidade atende toda a população do interior e com estrada de difícil acesso.

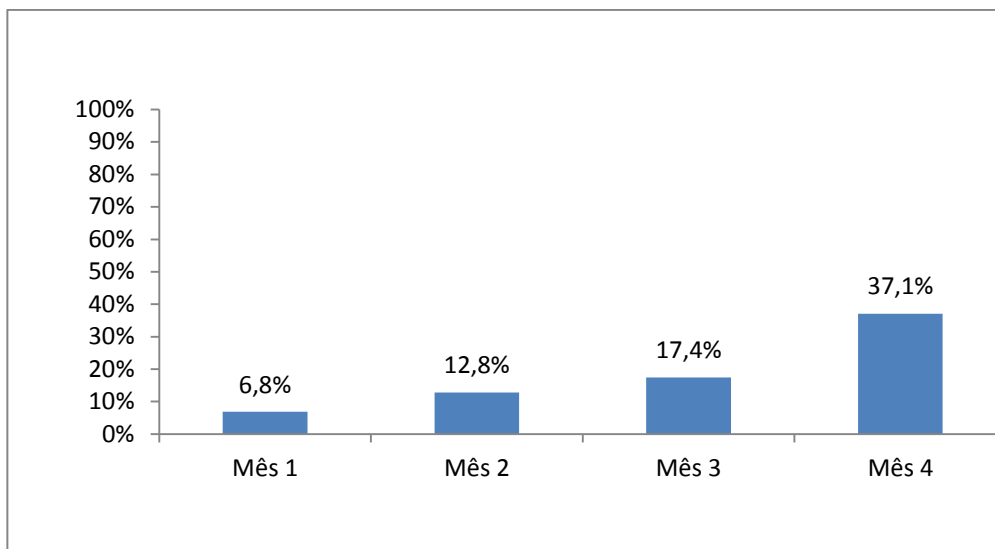


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

**Indicador 1.2:** Cobertura do programa ao diabético na unidade de saúde.

Para esse indicador alcançamos no mês 1: 115 (29,8%), no mês 2: 185 (47,9%); mês 3: 209 (54,1%), mês 4: 307 (79,5%). Assim como para a cobertura de hipertensão a cobertura para diabetes foi sendo aumentada conforme o decorrer da intervenção. **Não alcançamos 100% pelo déficit de ACSs, pois a unidade atende toda a população do interior e com estrada de difícil acesso.**

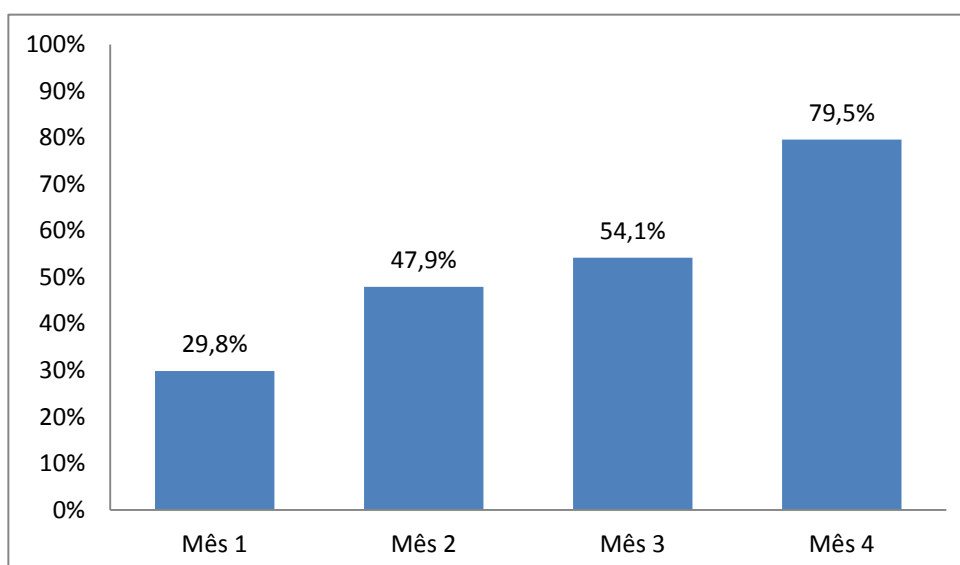


Figura 2: Cobertura do programa ao diabético na unidade de saúde. Lagoa



Vermelha/ RS. 2015.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.1:** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

No indicador com exame clínico apropriado alcançamos: Mês 1: 56 (76,7%); Mês 2: 120 (87,6%); Mês 3: 169 (90,9%); Mês 4: 251 (93,7%). Como se pode observar foi melhorando este indicador a medida que teve desenvolvimento a intervenção. **O qual foi devido ao controle das busca ativa dos usuários faltosos e a sistematização das consultas medicas .**

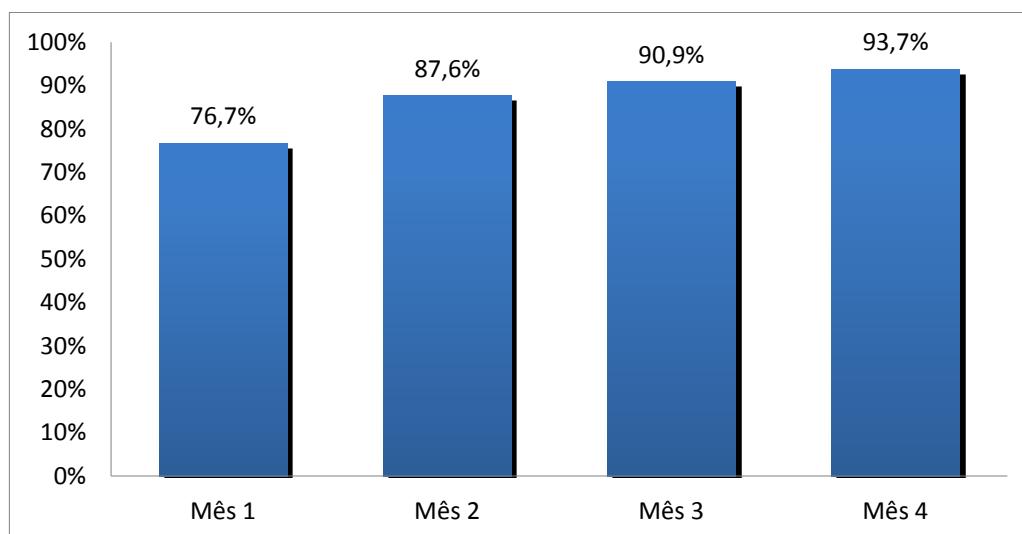


Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.2:** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Igualmente, o que aconteceu com os indicadores para hipertensos, tem proporcionalmente aumentos os indicadores para os diabéticos, em cada mês na intervenção. Alcançamos no mês1: 97 (84,3%); mês 2: 167 (90,3%); mês 3: 191

(91,4 %), mês 4: 285 (92,8%). O qual foi devido ao controle das busca ativa dos usuários faltosos e a sistematização das consultas medicas .

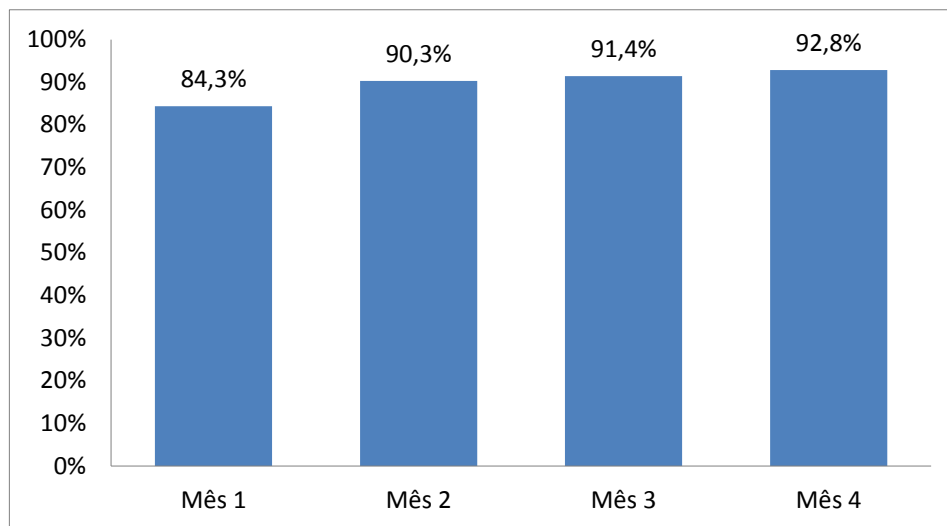


Figura 4: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

**Meta2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Para esse indicador alcançamos no mês 1: 56 (76,7%), mês 2: 120 (87,2%), mês 3: 169 (90,9%), mês 4: 251 (93,7%). Este aumento se deve ao melhoramento da qualidade e assistência nas consultas médicas.

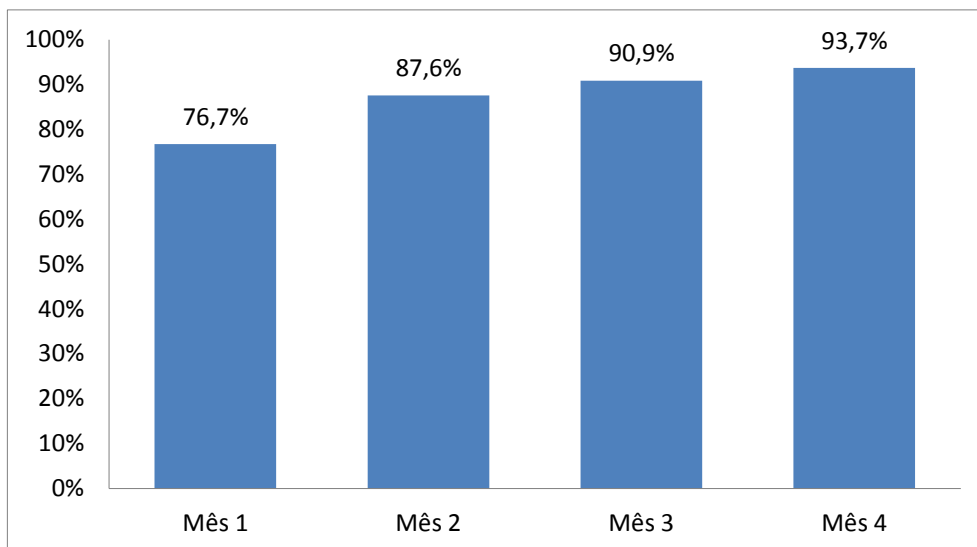


Figura 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

**Meta2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Assim ocorre também com os indicadores dos diabéticos, foi aumentado os resultados com o decorrer da intervenção. Alcançamos: Mês 1: 97 (84,3%); mês 2: 167 (90,3%); mês 3: 191 (91,4%) e mês 4: 285 (92,8%). **Este aumento se deve ao melhoramento da qualidade e assistência nas consultas médicas.**

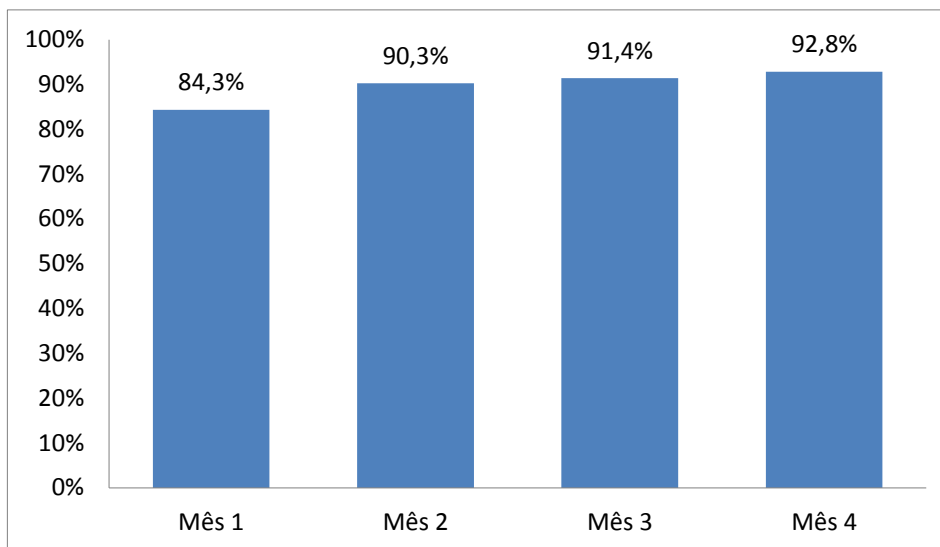


Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

**Meta2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Enquanto a prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA obteve-se a melhoria. Alcançamos: Mês1: 57 (78,1%); Mês 2: 121(88,3%); Mês 3: 170 (91,4%) e Mês 4: 252 (94,0%). Isso se deve porque muitos usuários têm medicamentos que não estão disponíveis na farmácia popular.

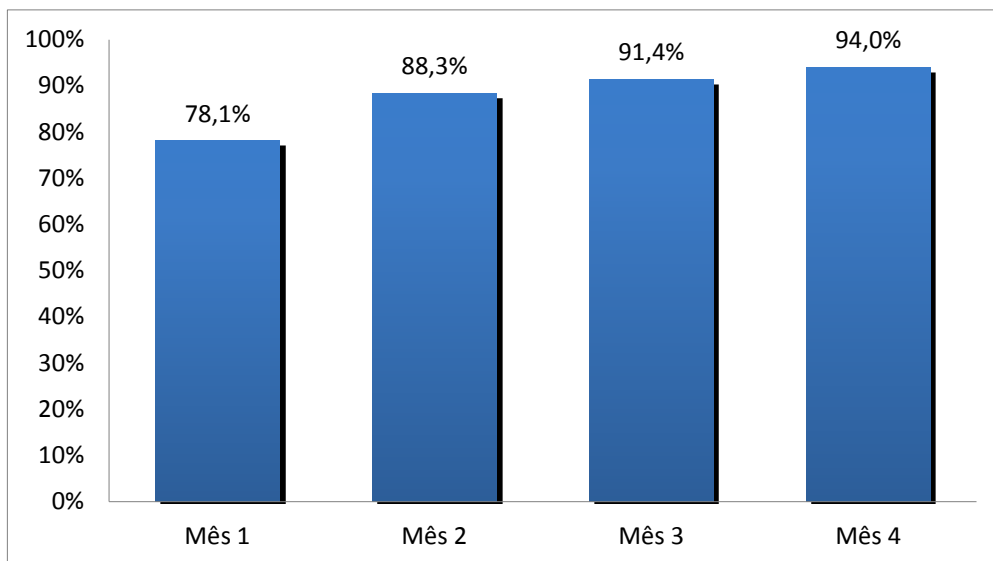


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. Lagoa Vermelha/RS.2015.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Com os usuários diabéticos obtivemos o mesmo avance, alcançamos: Mês 1: 88 (77,2%); mês 2: 156 (84,8%); mês 3: 180 (86,5%); mês 4: 278 (90,8%). Isso se deve porque muitos usuários têm medicamentos que não estão disponíveis na farmácia popular.

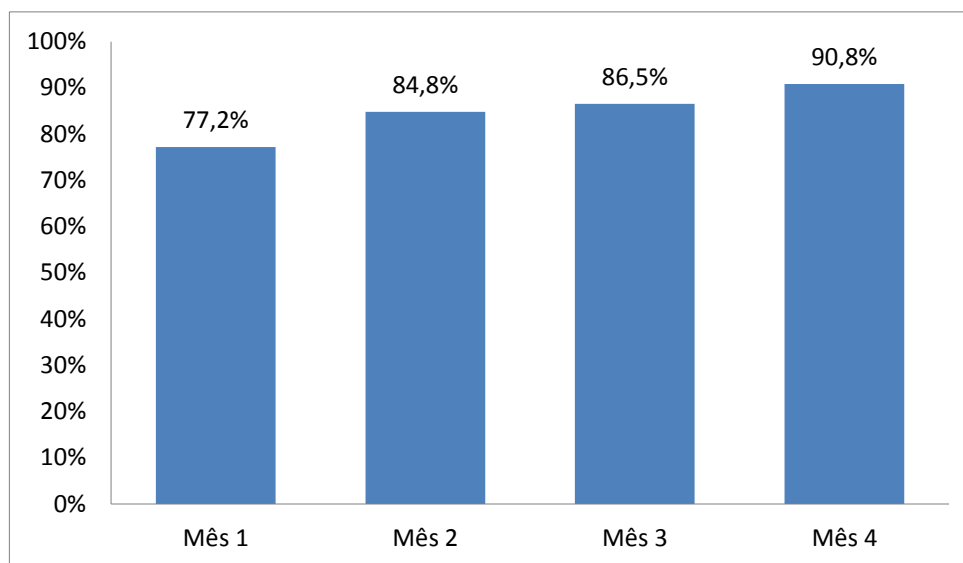


Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

**Meta2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Esse indicador foi melhorado, pois ao iniciar a intervenção apenas 42 hipertensos (57,5%) tinham realizado a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Ao longo da intervenção alcançamos: Mês 2: 106 (77,4%), Mês 3: 155 (83,3%), Mês 4: 218 (81,3%). Como se pode ver no mês 4 diminuiu a proporção de crescimento que estávamos alcançando, isso aconteceu porque estavam arrumando o local de atendimento e o odontólogo aproveitando a situação saiu de férias. Ainda, melhoramos esse indicador, pois antes de iniciar a intervenção não tínhamos esse atendimento e nossos percentuais estavam zerados. Mas penso que se pode melhorar esse indicador.

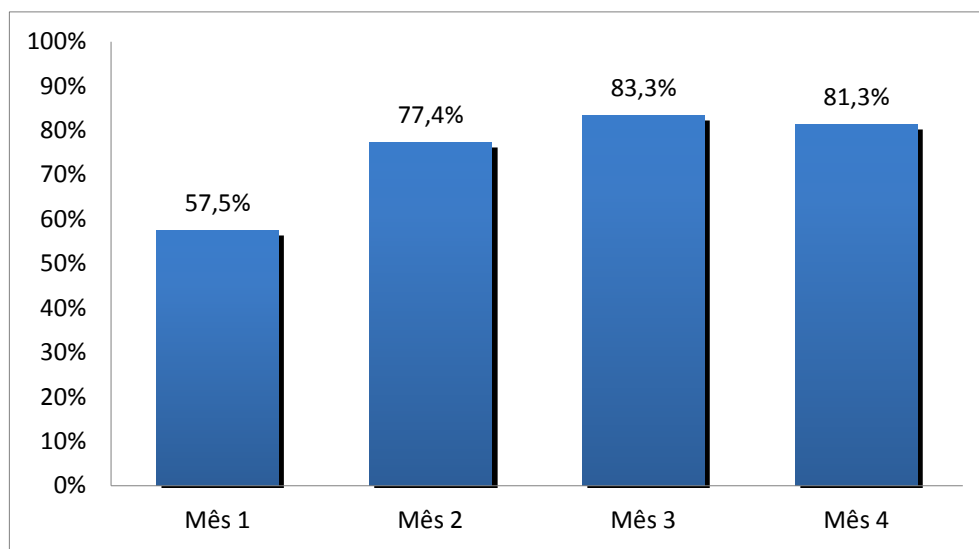


Figura 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Para esse indicador alcançamos: Mês 1: 60 (52,2%), mês 2: 130 (70,3%), mês 3: 154 (73,7%), mês 4: 223 (72,6%). Como se pode ver no mês 4 diminuiu a proporção de crescimento que estávamos alcançando, isso aconteceu porque estavam arrumando o local de atendimento e o odontólogo aproveitando a situação saiu de férias. Todavia, melhoramos esse indicador, pois antes de iniciar a intervenção não tínhamos esse atendimento e nossos percentuais estavam zerados.

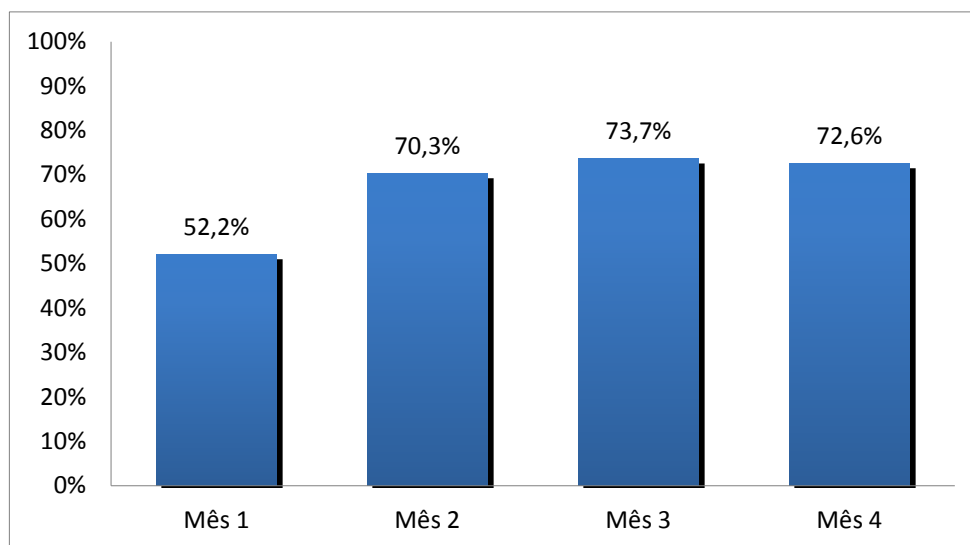


Figura 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

**Metas relativas ao objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador3.1:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Para este indicador atingimos 100% em todos os meses, pois foram recuperados todos os usuários através de busca ativa semanalmente, realizadas pela equipe. Alcançamos: Mês1: 17 (100%), Mês 2: 17 (100%), Mês 3: 24 (100%); Mês 4: 17 (100,0%). O número elevado de usuários faltosos as consultas se deve pela falta de transporte urbano e dificuldade com as estradas que são de difícil acesso.

Para esse indicador apresentamos dificuldades no 2º mês, não alcançamos 100% de busca ativa devido as intensas chuvas, o difícil acesso das estradas, além



disso, tivemos 02 usuários que mudaram de endereço. Alcançamos: Mês 1: 17 (100%), mês 2: 16 (94,1%), mês 3: 20 (100%), mês 4: 20 (100%).

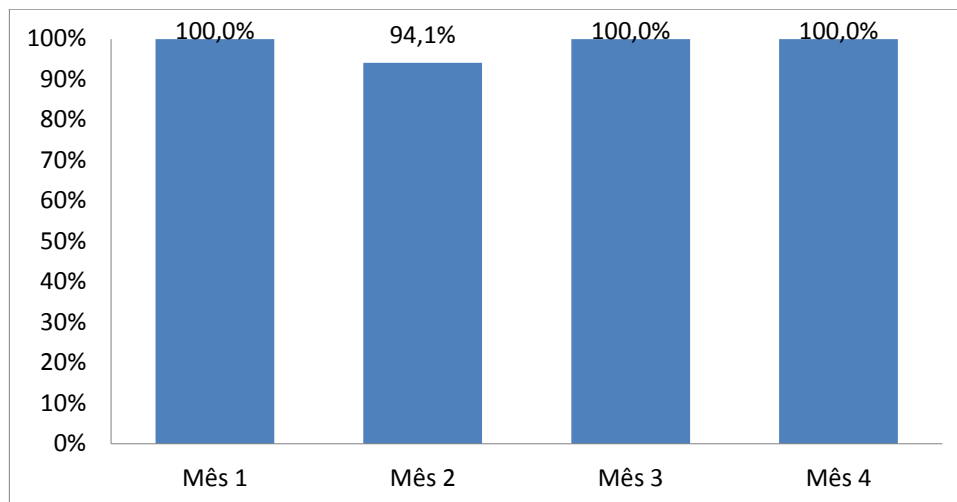


Figura 11: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

#### **Objetivo4:** Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.1** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Com o começo da intervenção melhoramos esse indicador com o desenvolvimento da intervenção. Alcançamos: Mês 1: 72 (98,6%); Mês 2: 136 (99,3%); Mês 3: 185 (99,5%); Mês 4: 267 (99,6%). **Esses resultados o logramos coma sistematização do cadastramento dos usuários e das consultas medicas alem disso o apoio das agentes de saúde nas visitas domiciliares facilitou o melhoramento dos registros.**

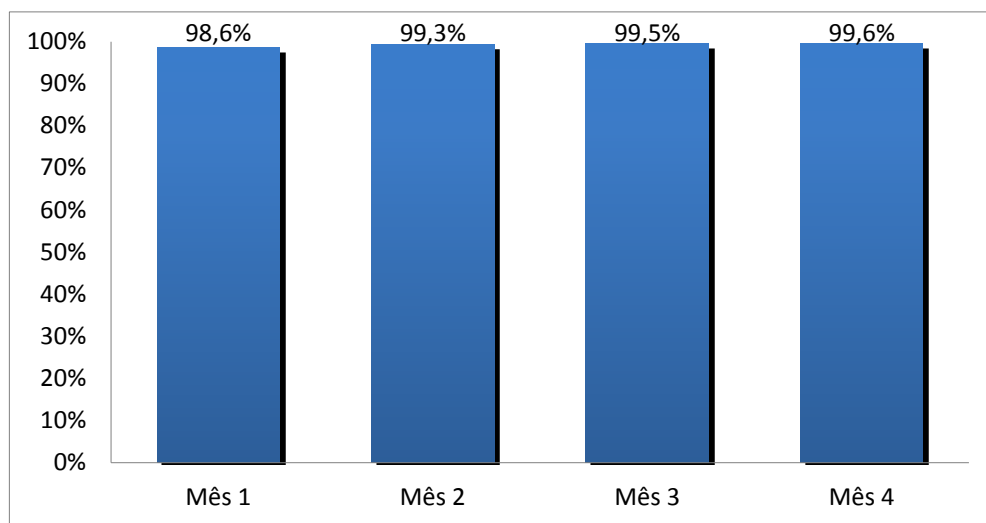


Figura 12: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Lagoa Vermelha/RS.2015.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.2:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Para esse indicador também se alcançou o melhoramento com o decorrer da intervenção. Alcançamos: Mês 1: 113 (98,3%); mês 2: 183 (98,9%), mês 3: 207 (99,0%), mês 4: 305 (99,3%). **Esses resultados ao igual que os hipertensos o logramos com a sistematização do cadastramento dos usuários e das consultas medicas alem disso o apoio das agentes de saúde nas visitas domiciliares facilitou o melhoramento dos registros.**

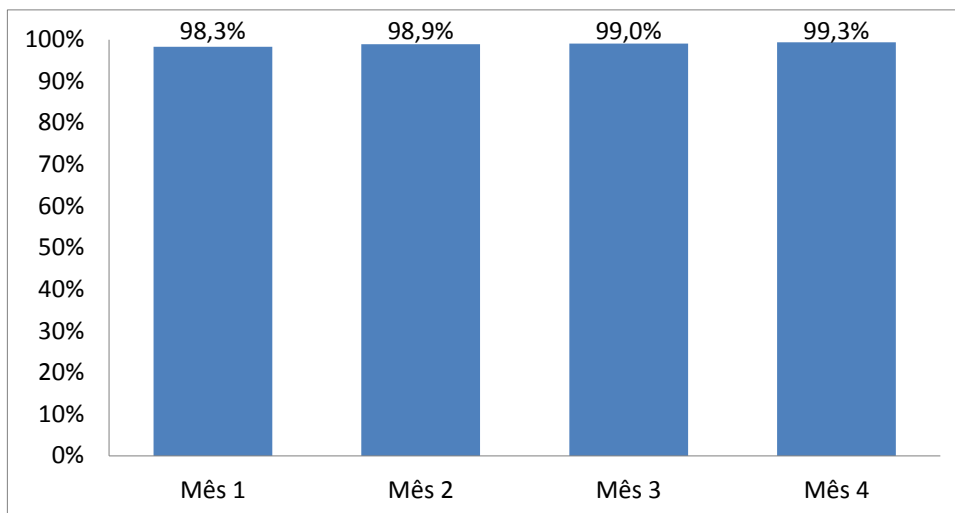


Figura 13: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

**Objetivo5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador5.1:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Para esse indicador alcançamos: Mês1: 57 (78,1%); Mês 2: 121 (88,3%); Mês 3: 170 (91,4%); Mês 4: 252 (94,0%) observa-se que a estratificação de risco cardiovascular melhorou muito. Alcançamos ao final da intervenção 94,0%.

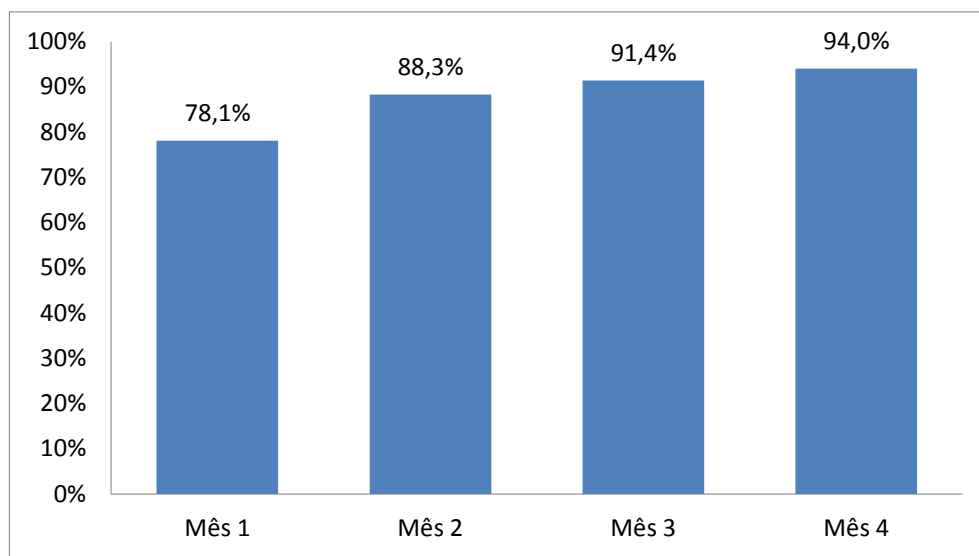


Figura 14: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

A área têm 386 diabéticos. Ao iniciar a intervenção apenas 98 usuários (25%) tinham realizado a estratificação de risco cardiovascular. Agora ao longo da intervenção alcançamos 289 usuários com realização de estratificação de risco cardiovascular (94.1%). Alcançamos: Mês1: 101 (87,8%), mês 2: 171 (92,4%), mês 3: 195 (93,3%), mês 4: 289 (94,1%). **Esses resultados foi obtido pelo seguimento mantido nas consultas medicas e pelo melhoramento da qualidade da mesma.**

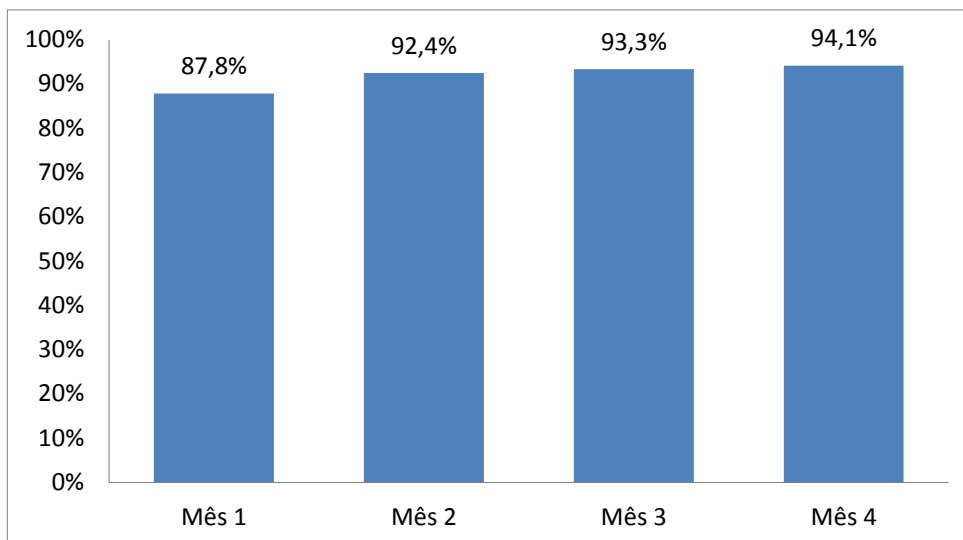


Figura 15: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

**Objetivo6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador6.1:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Ao iniciar a intervenção apenas 69 hipertensos (94,5%) receberam orientação nutricional sobre alimentação. Ao longo da intervenção 264 hipertensos começaram a receber orientação nutricional sobre alimentação saudável (98,5%). Melhorou muito esse indicador. Alcançamos: mês 1: 69 (94,5%); Mês 2: 133 (97,1%); Mês 3: 182 (97,8%); Mês 4: 264 (98,5%).). **A pesar do resultado satisfatório não logramos garantir orientações nutricionais ao 100% dos usuários pela razão que temos usuários com atraso mentais.**

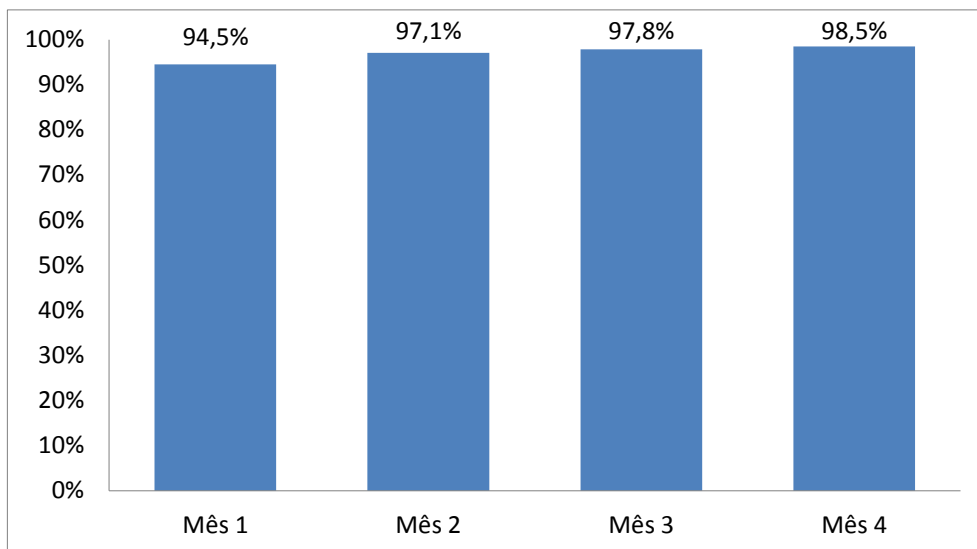


Figura 16: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.2:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Assim como os hipertensos, os diabéticos também receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, alcançando-se melhoria nos indicadores. Alcançamos: mês 1: 111 (96,5%), mês 2: 181 (97,8%), mês 3: 205 (98,1%); mês 4: 299 (97,4%). **Ao igual que os hipertensos não logramos garantir orientações nutricionais ao 100% dos usuários pela razão que temos usuários com atrasos mentais e com incapacidade física.**

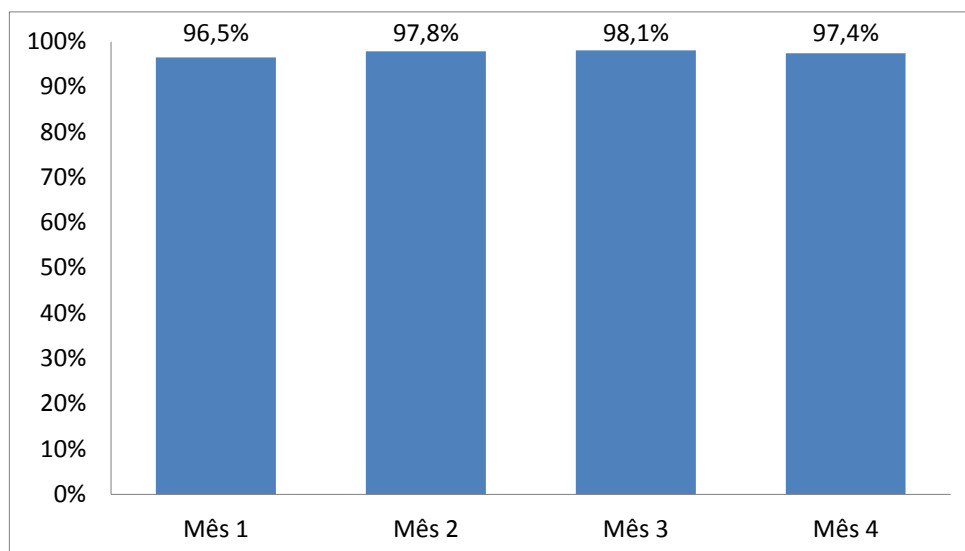


Figura 17: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

**Meta6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.3:** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Esse indicador também melhorou com o desenvolvimento das ações ao iniciar a intervenção, sendo no Mês 1: 69 (94,5%); Mês 2: 133 (97,1%); Mês 3: 182 (97,8%); Mês 4: 264 (98,5%) **Não logramos o 100% pois temos usuários com incapacidade físicas mas melhoramos assim esse indicador com o seguimento das consultas e das visitas domiciliaria.**

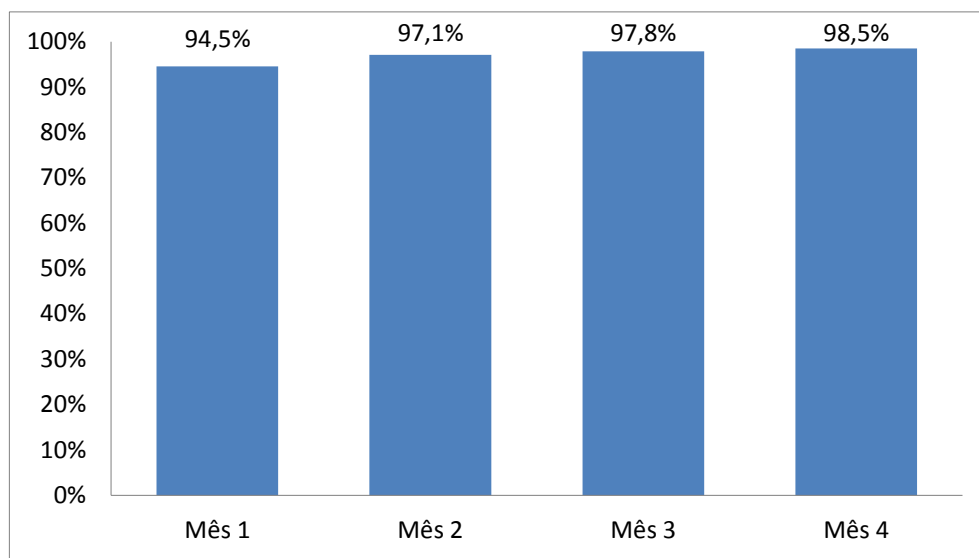


Figura 18: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador 6.4:** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Como para os hipertensos, os diabéticos também foram recebendo gradativamente orientações sobre prática regular de atividades físicas, melhorando assim os indicadores. Alcançamos: Mês 1: 111 (96,5%), mês 2: 181 (97,8%), mês 3: 205 (98,1%); mês 4: 300 (97,7%). **Não logramos o 100% pois temos usuários com incapacidade físicas mas melhoramos assim esse indicador com o seguimento das consultas e das visitas domiciliares.**



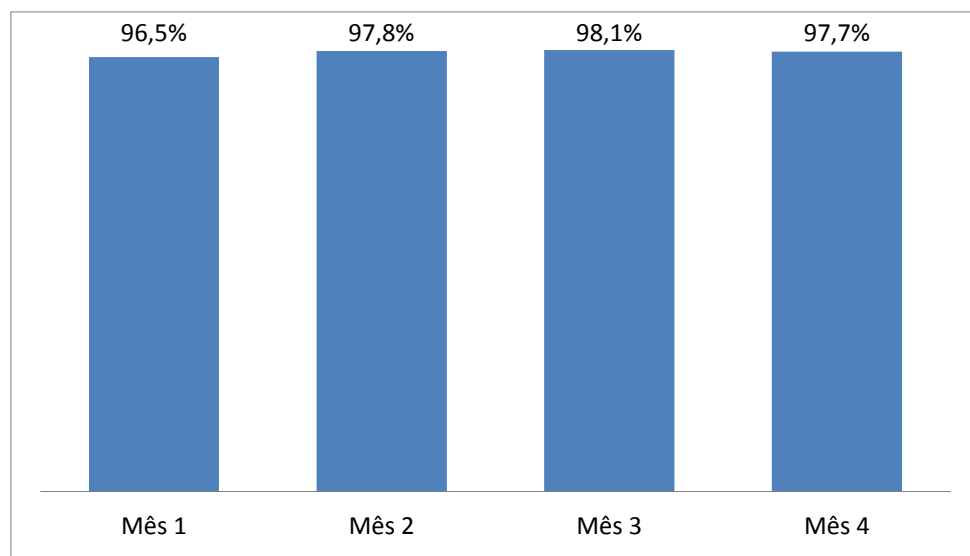


Figura 19: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

**Meta6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 6.5:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Para esse indicador obtivemos resultados positivos, não apenas nos indicadores, mas também alcançamos que muitos dos usuários hipertensos e diabéticos deixassem de fumar, isto se deve as palestras/conversas educativas realizadas durante a intervenção. Alcançamos: Mês 1: 70 (95,9%), mês 2: 134 (97,8%), mês 3: 183 (98,4%) e mês 4: 265 (98,9%).

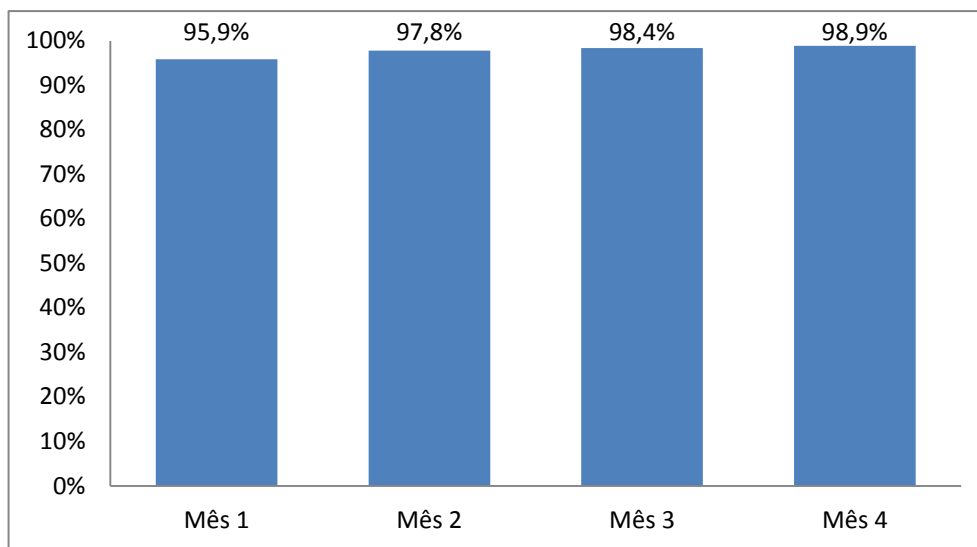


Figura 20: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador 6.6:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Para esse indicador também alcançamos resultados positivos, melhorando a qualidade de vida dos diabéticos obtivemos: Mês 1: 111 (96,5%), mês 2: 181 (97,8%), mês 3: 205 (98,1%), mês 4: 300 (97,7%) **Esse resultado foi devido as palestras educativas realizadas na intervenção sobre tabaquismo , das visitas domiciliaria junto com os agente de saúde**

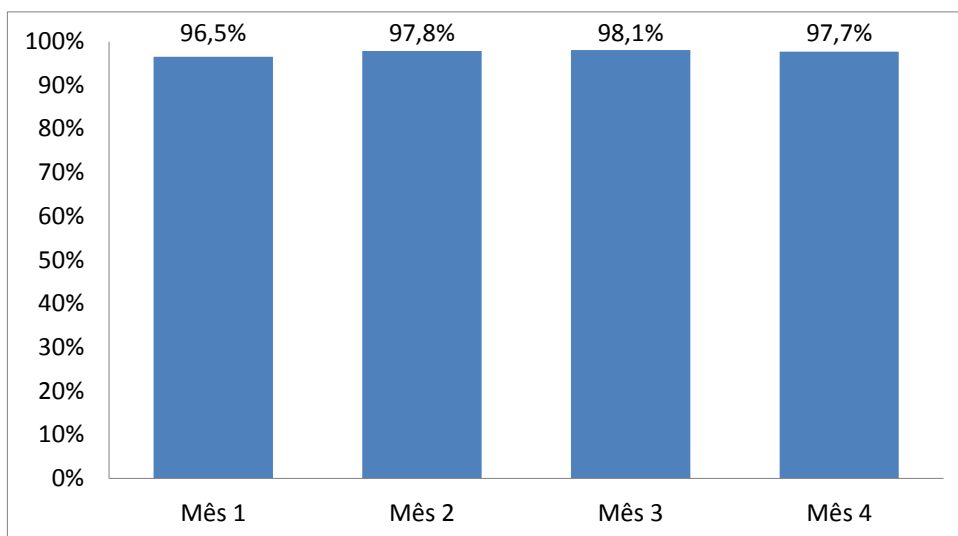


Figura 21: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

**Meta6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.7:** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Com o desenvolvimento desta ação na intervenção e a ajuda da técnica de odontologista melhoramos esse indicador. Alcançamos no Mês1: 69 (94,5%); Mês 2: 133 (97,1%); Mês 3: 182 (97,8%); Mês 4: 264 (98,5%). **Esse indicador foi melhorado também pelos resultados obtidos nas palestras educativas sobre higiene bucal e por o apoio da técnica de odontologia nas visitas domiciliaria.**

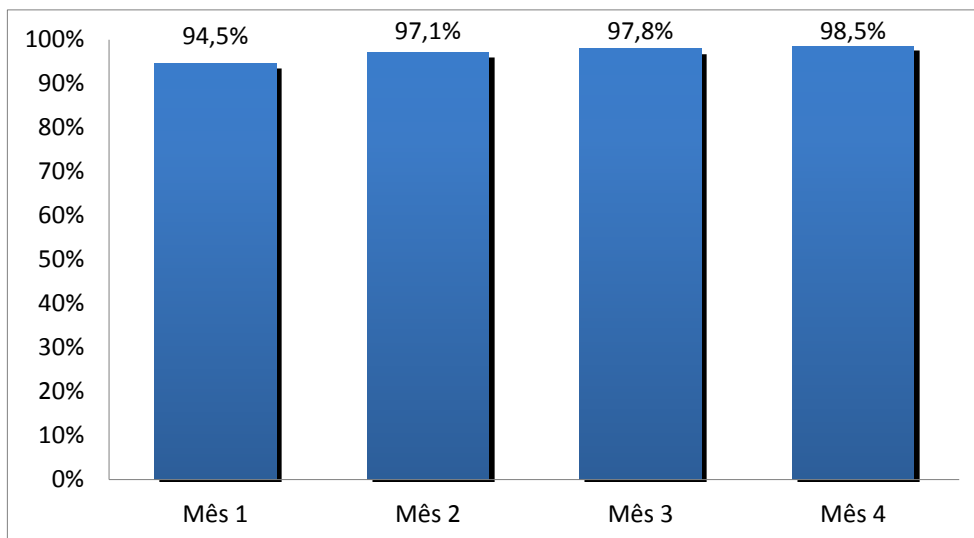


Figura 22: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

**Meta 6.8:**Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.8** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Assim como para os hipertensos, melhoramos os indicadores dos usuários diabéticos no decorrer a intervenção. Alcançamos no Mês 1: 111 (96,5%), mês 2: 180 (97,3%); mês 3: 204 (97,6%), mês 4: 299 (97,4%). **Foi melhorado também pelos resultados obtidos nas palestras educativas sobre higiene bucal e por o apoio da técnica de odontologia nas visitas domiciliaria.**

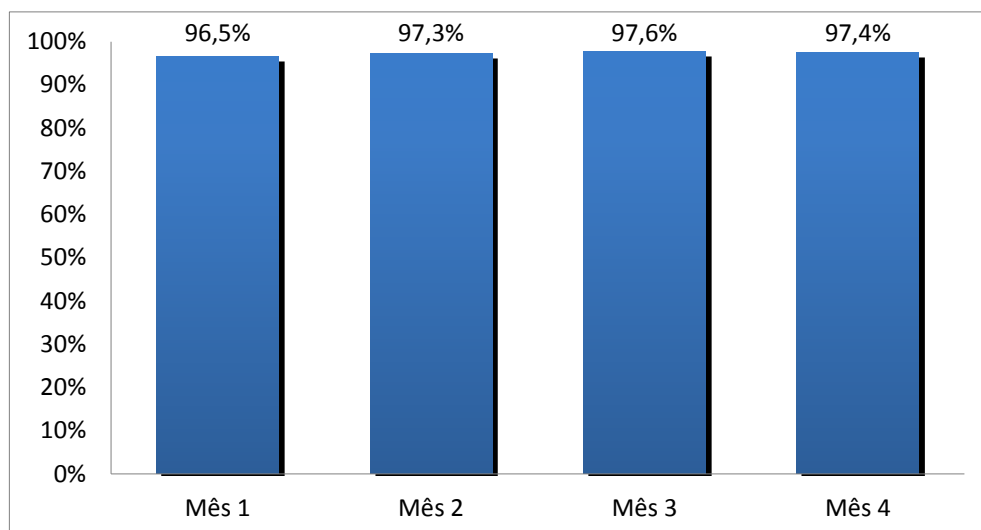


Figura 23: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal. Lagoa Vermelha/RS, 2015.

A ação que mais auxiliou no cadastramento dos hipertensos e diabéticos, foram as capacitações aos agentes comunitários de saúde que realizavam visitas domiciliares para chamar aos usuários hipertensos e diabéticos para a consulta e divulgação das atividades programadas, informando sobre o projeto da intervenção para melhorar a qualidade da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos.

Os usuários hipertensos e diabéticos que não foram cadastrados foram porque preferiram realizar o acompanhamento em outros municípios, pois moram mais perto.

## 4.2 Discussão

A intervenção, na unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para classificação de risco de ambos os grupos. Com o desenvolvimento das ações e com o decorrer da intervenção obtivemos também melhoria na proporção de hipertensos e diabéticos com o exame clínico em dia, assim como para os exames complementares que foram aumentando gradativamente.

Alcançamos resultados satisfatórios nos indicadores anteriores mencionados, também a intervenção propiciou ampliação na proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia

Popular/HIPERDIA, na avaliação da necessidade de atendimento odontológico, nas orientações nutricionais sobre alimentação saudável, nas orientações sobre a prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre a higiene bucal. Com certeza superamos as expectativas na redução dos fatores de risco e melhoramos a qualidade de vida.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado pela equipe: médica, enfermeira e auxiliar de enfermagem. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço.

A partir da implementação do plano de ação proposto, a Atenção Primária à Saúde (APS) melhorou, com a realização de um bom acolhimento, em estratificar o risco, tratar e acompanhar os casos diagnosticados, prevenir e diagnosticar complicações, encaminhar atenção secundária quando necessário, elaborar plano de cuidados e realizar primeiro atendimento de urgência e encaminhamento se caso fosse necessário. A partir do desenvolvimento das ações no serviço alcançamos a abordagem da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) como doença crônica, aumento da adesão da população às mudanças de estilo de vida e o uso correto das medicações. Ao estimular a autonomia do sujeito em relação ao seu estado de saúde e propiciar melhorias na qualidade de vida. A intervenção conseguiu, de forma significativa, a melhoria das condições de saúde e de vida da população da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Nossa Senhora Consoladora.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas só na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria dos registros e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos, assim como a capacitação dos agentes de saúde propiciou com maior facilidade e rapidez na realização do cadastramento dos hipertensos e diabéticos.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade.

que desconhecem o motivo desta priorização. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura.

Dessa forma, devido a alta prevalência na HAS e DM na população da área de abrangência e ao evidente grau de descontrole desses usuários, acredita-se que o projeto de intervenção proposto foi importante e possibilitou melhorar as condições de saúde e de vida da população de Nossa Senhora Consoladora, também para diminuir a morbimortalidade relacionada às Doença Cardiovascular (DCV) e, indiretamente, os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle desses usuários.

A intervenção poderia ter sido facilitada se a unidade tivesse um Diagnóstico Situacional com discussão das atividades que tivesse planejado com a equipe. Também poderia ter sido facilitada se tivesse a implantação da rede HIPERDIA que aponta para um futuro presente em Nossa Senhora Consoladora em que a incoerência estrutural do modelo de atenção organizado para o cuidado dos usuários de forma aguda pode ser gradativamente vencido. Dessa forma, espera-se que a missão de ampliar a longevidade e melhorar a qualidade de vida da população por meio da intervenção é capaz de diminuir a morbimortalidade por HAS, DM e DCV.

Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar isto. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar à intervenção a rotina do serviço terá condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. A equipe tomou como estratégia para dar continuidade às ações como rotina a implantação e realização de um Relatório de Produção de Marcadores para Avaliação. Mensalmente foi realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), isso serviu para informar todos os dados das atividades das ações previstas na intervenção, estas informações se monitoraram mensalmente pelo médico e enfermeira.

Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta de cobertura de hipertensos e diabéticos. Vamos adequar a

ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

A partir do próximo mês, quando teremos disponíveis ACS para as demais microáreas, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos. Também propor na secretaria de saúde outro médico na unidade para poder trabalhar em tempo completo nas comunidades.



## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Com o objetivo de melhorar a atenção de saúde e diminuir a carência de médicos nas áreas de interior dos municípios e nas periferias das grandes cidades do Brasil, áreas prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa Mais Médicos foi lançado em julho de 2013, pelo Governo Federal. Como parte da política de educação do programa, pela via integração ensino-serviço, é realizado por todos os profissionais estrangeiros através da Universidade Aberta do SUS um curso de especialização em Atenção Básica, sendo a Universidade Federal de Pelotas responsável pela capacitação em sete estados brasileiros, incluindo Rio Grande do Sul.

Nessa perspectiva, realizamos pela Universidade Federal de Pelotas através do Departamento de Medicina Social, o curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância, que tem como objetivo geral capacitar os profissionais da Estratégia Saúde da Família do Sistema Único de Saúde e promover o aprimoramento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, a cidadania e a participação social. O curso de especialização também propicia ao especializando realizar uma intervenção na Unidade Básica de Saúde e aprender os conteúdos respondendo às necessidades de seu serviço.

Este relatório apresenta como foi implementado o Projeto de Intervenção sobre o tema “Melhoria da atenção à pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus pertencentes à Estratégia de Saúde da Família (ESF) Nossa Senhora Consoladora - Lagoa Vermelha, que se situa no município do mesmo nome, estado Rio Grande do Sul.

Após a análise situacional, ficou identificado que na realidade da Estratégia Saúde da Família eram constantes os atendimentos de usuários hipertensos e diabéticos com mau controle, que evoluíram com complicações cardiovasculares em alguns casos. As maiores dificuldades no acompanhamento destes usuários estavam relacionadas com a não avaliação de risco cardiovascular, atraso nas consultas programadas, não palpação durante o exame físico dos pulsos tibial posterior e pedioso, além do teste de sensibilidade dos pés, falta de adesão às mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado, entre outras.

Diante disso, o projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade Básica de Saúde Lagoa Vermelha utilizando os protocolos do Ministério da Saúde de 2013 para o cuidado da hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus. Participaram os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência. O objetivo geral do Projeto foi “Melhorar a atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na ESF Nossa Senhora Consoladora. Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os quatro eixos do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público e qualificação da prática clínica voltadas para o alcance de vinte e quatro metas distribuídas em seis objetivos.

O projeto de intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção dos adultos portadores de hipertensão e diabetes para 268 (25,1%) hipertensos e 307 (79,5%) diabéticos.

Nos atendimentos clínicos individuais foi realizado exame clínico de qualidade para todos os usuários hipertensos e diabéticos, todos os usuários tiveram exames solicitados e até o final da intervenção, foi possível avaliar os resultados de 251 (93,7%) usuários hipertensos e quase a totalidade dos usuários diabéticos, que foi de 285 (92,8%). Esses resultados foram possíveis pelas ações implementadas com o apoio da secretaria de saúde que facilitou a realização semanal dos exames complementares na própria ESF e a obtenção dos resultados em até sete dias após coleta. Foi possível também, a partir dos resultados dos exames complementares realizar estratificação de risco cardiovascular em 252 (94,0%) usuários hipertensos e em 289 (94,1%) dos diabéticos.

Ao longo das doze semanas de atividades foi avaliada a periodicidade na realização das consultas médicas segundo as recomendações do Ministério da Saúde, onde os usuários faltosos às consultas foram identificados pela equipe

multidisciplinar, realizando a busca ativa em 100%, nos usuários hipertensos e nos diabéticos somente no mês 2 alcançamos 94,1% pela dificuldade delas estradas e o déficit de agentes de saúde comunitários. Fomentando-se assim a realização das visitas domiciliares.

Foi também realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 81,3% dos usuários hipertensos e 72,6% dos usuários diabéticos que participaram na intervenção, sendo a designação do odontólogo que a realização desta ação pode melhorar mais.

Outro indicador avaliado no projeto foi a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, sendo que 252 (94,0%) usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) usavam os medicamentos fornecidos pela farmácia popular, entretanto dentre os diabéticos cadastrados no programa ao finalizar a intervenção 278 (90,8%) faziam uso dessa medicação.

Da mesma forma foi possível garantir orientação sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal à totalidade dos usuários que participaram da intervenção. Contribuiu para o cumprimento dessas metas a realização de atividades de educação em saúde nos encontros com os grupos e como parte dos atendimentos clínicos dos usuários acompanhados.

Além desses resultados quantitativos obtidos na intervenção de acordo com os indicadores avaliados, a intervenção permitiu qualitativamente o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência, realizando o acolhimento com atividades de promoção e prevenção em saúde em questões importantes relacionadas à Hipertensão e ao Diabetes beneficiando também outros usuários presentes na sala de espera em ambos os turnos de atendimento, mediante palestras e projeção de vídeos pela equipe. Antes do atendimento clínico foram realizadas a triagem de enfermagem e o preenchimento da ficha-espelho, seguidas de avaliação da necessidade de atendimento odontológico, sendo distribuído tanto na Unidade Básica de Saúde quanto nas comunidades um folder com dicas sobre o cuidado aos usuários portadores destas doenças.

Foram criados os grupos HIPERDIA, grupos de usuários hipertensos e diabéticos para a realização de atividades coletivas de educação em saúde, sendo realizados os quatro encontros segundo o planejado. Os temas desses encontros

foram sobre as características principais destas duas doenças, outro tema foi a importância da autoestima no cuidado da saúde na hipertensão e o diabetes, a necessidade do tratamento médico precoce e contínuo para evitar o desenvolvimento de complicações futuras, também foi abordado o tabagismo e por último foi abordado o tema da saúde bucal, além de informar e tirar as dúvidas sobre outros problemas de saúde relacionado à hipertensão arterial e o diabetes durante todas as reuniões, sendo também aferidas glicemia capilar, pressão arterial e peso.

Outro acontecimento positivo na intervenção foi a realização de visitas domiciliares para busca de usuários faltosos e como estratégia na última etapa da intervenção para aumentar a cobertura do programa.

O monitoramento e avaliação da intervenção eram realizados semanalmente pela equipe. Nessas reuniões era verificando o comportamento dos principais indicadores, a qualidade das atividades de educação em saúde, os atendimentos clínicos, assim como discussão de dúvidas e escuta de sugestões para ir aperfeiçoando as diferentes ações para o trabalho da próxima semana.

A capacitação da equipe multidisciplinar foi muito importante para a melhoria do processo de trabalho na ESF possibilitando reforçar o compromisso no acompanhamento dos hipertensos e diabéticos na medida em que contribuiu para um maior conhecimento a cerca do tema segundo as recomendações do Ministério de Saúde.

Os programas na rádio permitiram o conhecimento por parte de toda a população das atividades decorrentes do projeto e do curso de especialização, além das informações relacionadas as doenças e outras questões destinadas à população geral.

A comunidade em geral foi beneficiada com a intervenção, pois foi melhorada a qualificação do atendimento clínico dos usuários portadores de hipertensão e diabetes, conseguimos estabelecer parceria com as lideranças comunitárias e a formação dos grupos HIPERDIA com a realização das atividades coletivas.

Por outra parte o projeto também resultou muito importante para a equipe, permitindo a melhoria na eficiência do serviço e dos materiais utilizados na Unidade Básica de Saúde, conseguindo trabalhar com mais união, dedicação, integralidade e preocupação pelos usuários hipertensos e diabéticos incorporando a intervenção à rotina do serviço para beneficiar a todos os usuários da área de abrangência.

Foi importante também para o funcionamento do serviço conseguindo mudar a estratégia de trabalho uma vez que foram incorporadas todas as ações do projeto na rotina diária do serviço, melhorando assim o planejamento das ações em saúde para outras áreas também.

Por último gostaria de agradecer o grande apoio que recebemos da Secretária de Saúde e dos gestores ao longo de toda a intervenção para a realização de todas as ações desenvolvidas, tanto o apoio na parte logística do projeto como com a impressão das fichas-espelho.

## 6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A intervenção tratou da melhoria da atenção à pessoa com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, com 20 anos ou mais pertencentes à unidade de Estratégia de Saúde da Família(ESF) Nossa Senhora Consoladora,Lagoa Vermelha/RS.Na área **delimitada** a Unidade Básica de Saúde (UBS) existe 1.067 Hipertensos e 386 Diabéticos nesta faixa etária, entretanto a intervenção focalizou as 30 comunidades pertencentes a UBS que conta com 6.040 usuários em sua população.Este relatório relata para as comunidades como foi desenvolvido o projeto de intervenção nas comunidades no período de abril 2015 a junho 2015.

Na Análise Situacional do projeto foram identificados os constantes atendimentos clínicos aos usuários hipertensos e diabéticos com mau controle, que evoluíam com complicações cardiovasculares, sendo que as maiores dificuldades no acompanhamento destes usuários estava relacionadas com a não avaliação de risco cardiovascular, atraso nas consultas programadas, não palpação durante o exame físico dos pulsos tibial posterior e pedioso e teste de sensibilidade dos pés, além da falta de adesão as mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado.

Ante essa realidade, planejou-se uma intervenção voltada para o alcance de vinte e quatro metas com o objetivo de melhorar a atenção à pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus visando cadastrar, acompanhar e monitorar os usuários portadores destas doenças.Após 12 semanas de atividades que o projeto de intervenção propiciou, nota-se a ampliação da cobertura da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos para 268 (25,1%) hipertensos e 307 (79,5%) diabéticos.

Nos atendimentos clínicos individuais foi realizado exame clínico de qualidade para todos os usuários hipertensos e diabéticos, todos os usuários tiveram

exames solicitados e até o final da intervenção foi possível avaliar os resultados de 251 (93,7%) usuários hipertensos e quase a totalidade dos usuários diabéticos que foi de 285 (92,8%). Esses resultados foram possíveis pelas ações implementadas com o apoio da secretaria de saúde que facilitou a realização semanal dos exames complementares na própria ESF e a obtenção dos resultados em até sete dias após coleta. Foi possível também, a partir dos resultados dos exames complementares, com realização de estratificação de risco cardiovascular em 252 (94,0%) usuários hipertensos e em 289 (94,1%) diabéticos.

Foi avaliado **o seguimento** na realização da consulta médica segundo as recomendações do Ministério da Saúde, onde os usuários faltosos às consultas foram identificados pela equipe multidisciplinar, realizando a busca ativa em 100%, nos usuários hipertensos e nos diabéticos apenas no mês 2 alcançamos 94,1% pela dificuldade das estradas e o déficit de agentes de saúde comunitários. **Fortalecendo-se** assim a realização das visitas domiciliares.

Foi também realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 81,3% dos usuários hipertensos e 72,6% dos usuários diabéticos que participaram na intervenção, sendo a designação do odontólogo que a realização desta ação pode melhorar mais.

Da mesma forma foi possível garantir orientação sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal à totalidade dos usuários que participaram da intervenção. Que contribuiu para o cumprimento dessas metas foi a realização de atividades de educação em saúde nos encontros com os grupos e como parte dos atendimentos clínicos dos usuários acompanhados.

Toda a equipe foi capacitada permitindo mudar sua visão em relação ao manejo destas doenças, melhorando o processo de trabalho na unidade básica de saúde e possibilitando reforçar o compromisso no acompanhamento de toda a população na medida em que contribuiu para um maior conhecimento a cerca do tema segundo as recomendações do Ministério da Saúde.

Foram realizadas as atividades coletivas de educação em saúde mediante os grupos HIPERDIA, além das reuniões com os grupos foram também realizadas atividades de promoção em saúde durante o acolhimento com palestras e projeção de vídeos pela equipe, beneficiando a toda a população quando procuravam atendimento por outras causas.

Os resultados da intervenção eram avaliados semanalmente pela equipe. Nessas reuniões era verificando o comportamento dos principais indicadores, a qualidade das atividades de educação em saúde e os atendimentos clínicos, assim como discussão de dúvidas e escuta de sugestões para ir aperfeiçoando as diferentes ações para o trabalho da próxima semana.

Foram realizadas três programas na rádio que permitiram o conhecimento por parte de toda a população das atividades **desenvolvida durante** o projeto, assim como as questões mais importantes relacionadas com a hipertensão e diabetes. Além disso, outras atividades destinadas a população geral, ainda foi distribuído nas comunidades um folder com dicas sobre hipertensão e/ou diabetes. A comunidade toda foi beneficiada com a intervenção, pois além de melhorar a qualificação do atendimento clínico dos usuários hipertensos e diabéticos conseguimos estabelecer parceira com as lideranças comunitárias para a divulgação das ações do projeto e foram realizadas atividades coletivas dirigidas a população geral.

O projeto de intervenção será incorporado no cotidiano do serviço como uma ação de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, visto que os objetivos propostos foram cumpridos.

Também quero destacar o apoio da comunidade que foi importante pois nos ajudou nas buscas ativas dos usuários hipertensos e diabéticos, e na preparação do local para a realização das palestras e das feiras de saúde na comunidade.

O projeto de intervenção será incorporado no cotidiano do serviço como uma ação de acompanhamento dos portadores de hipertensão e diabetes em nossa ESF, visto que os objetivos inicialmente propostos, de acompanhar aos usuários da ESF foram cumpridos, mesmo que algumas das metas tinham sido de forma parcial. Faz-se necessário o comprometimento e a dedicação da equipe multidisciplinar em dar continuidade a essas ações e ampliar o trabalho de **responsabilidade** da comunidade em relação á participação no programa, ressaltando as vantagens que proporcionam essas ações para o cuidado da sua doença e da sua saúde em geral. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.



## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Considerando a importância da Saúde da Família e a necessidade de que esse modelo conte com profissionais de boa qualificação para o trabalho em Atenção Primária à Saúde (APS), foi criada a Especialização da Saúde da Família com diferentes modalidades de capacitação e desenvolvimento profissional. Dessa forma se traçou os seguintes objetivos:

- Valorizar o profissional que se dedica à Saúde da Família.
- Contribuir para incrementar a resolutividade e a qualidade da sua prática profissional.
- Melhorar, cada vez mais, o impacto de suas ações na vida e na qualidade de vida das pessoas sob seus cuidados.

Este Curso, na modalidade à distância, propõe a formação de especialista em Saúde da Família, que, esteja preparado para o mundo do trabalho, refletindo sobre o processo de produção em saúde e possibilitando uma articulação entre o conhecer e o agir. Ou seja, formar um cidadão-trabalhador com possibilidades de interferir no seu processo de trabalho e que estimule a formação e participação em grupos organizados da sociedade civil, tais como conselhos comunitários, organizações estudantis, além das associações de classe, visando ao desenvolvimento de lideranças, exercitando a solução de problemas.

O curso me permitiu uma reflexão sobre a realidade da área de abrangência, avaliando a presença de indicadores de acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas com proposições de alternativas para a melhoria da assistência das

comunidades. Além disso, me ajudou a reforçar o trabalho multidisciplinar que tem como objetivo, aumentar, a efetividade das ações executadas pela equipe, pois o trabalho em equipe é um desafio e que a maioria dos profissionais da saúde da família visivelmente mostra certa dificuldade para trabalhar em equipe e este curso ajudou a familiarização da equipe.

O desenvolvimento do curso me ajudou a melhorar um pouco mais a língua portuguesa, a melhorar a relação médico – usuário do sistema de saúde e poder resolver os problemas de saúde dos usuários dentro do possível. Ser cada dia mais humana e incondicional. Considero que este curso é de importância primordial para todos os profissionais da saúde, pois nos enriqueceu em conhecimento e virtudes para o melhoramento do trabalho na atenção primária à saúde, para assim melhorar a qualidade de vida de todos os usuários.

Agradeço a Deus por me proporcionar grandes oportunidades em minha vida, a minha orientadora pelo auxílio e dedicação e a minha equipe, da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Nossa Senhora Consoladora pela recepção calorosa e pelos ótimos momentos de trabalho compartilhados.

## Referências

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION – Clínica, Practice Recommendation 2000. *Diabetes care*, n. 23, suplement. 2, jan. 2000.

ALFRADIQUE, Maria Elmira; BONOLO, Palmira de Fátima; Dourado, Inês et al. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, s. 6, p. 1337-1349, jun, 2009.

BEEVERS, D. GARETH, Galtam. A Hipertensão na prática, in MACGREGON. RIO de JANEIRO: Guanabara Koogan .4v. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Diabetes Mellitus: o que todos precisam saber. Brasília 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Metas e Indicadores para composição da parte II do Contrato Organizativo de Ação Pública: Caderno. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e Normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil. Seção 1, 24 out. 2011, p 48-55.

BRASIL, Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n.16).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO – VIGITEL**, Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. SISHIPERDIA – apresentação (Internet). Acesso em 10 jan 2013. Disponível em: <[HTTP://hiperdia.datasus.gov.br/](http://hiperdia.datasus.gov.br/)>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO – VIGITEL**, Rio de Janeiro, 2012.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas update 2012**: Regional & Country factsheets. Disponível em; <<http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-country-factsheets>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, 2013.

MENDES, EV. AS mudanças na atenção à saúde e a gestão da Clínica. In Mendes EV. AS redes de Atenção à Saúde, 2ª edição. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 293-438.

SÃO PAULO. Universidade Federal do Estado de São Paulo. Centro de Diabetes, Atualização em Diabetes Mellitus. São Paulo, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v 95, n.1, p.1-51, 2010. Suplemento 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications.** Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

## **Apêndices**

## APÊNDICE A – FICHA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Como você avalia a atividade desenvolvida?

- (a) Muito boa
- (b) Boa
- (c) Regular
- (d) Ruim

Quais os temas que você gostaria que fossem abordados em atividades como esta?

---

---

---

Sugestões: \_\_\_\_\_

---

## **Anexos**



## Anexo A– Ficha-espelho

[illegible][illegible]

## Apêndice B –Planilha de Coleta de Dados

[illegible]

**2014\_11\_05 Coleta de dados HAS e DM\_xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel (Faixa na Ativação do Produto)**

**Arquivo** | Página Inicial | Inserir | Layout da Página | Fórmulas | Dados | Revisão | Exibição

**Calibri** | 12 | A+ A- | [Bullets] | [Numbered] | [Decrease Indent] | [Increase Indent] | [Text Box]

**Cólar** | [Bold] | [Italic] | [Underline] | [Text Color] | [Background Color] | [Font Face] | [Font Size] | [Align Center] | [Merge & Center]

**Área de Trabalho** | Fonte | Alinhamento | Geral | Número | Formatação Condicional | Estilos de Célula | Inserir | Excluir | Formatar | Preencher | Limpar | Classificar e Filtrar | Localizar e Selecionar | Edição

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
		<b>Digite apenas nas células em VERDE.</b>									
1											
2											
3											
4											
5		Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)									
6		Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)									
7											
8											
9		<b>HIPERTENSOS</b>	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4					
10		Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção									
11		<b>DIABÉTICOS</b>	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4					
12		Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção									
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19		*Estimativa no território									
20											

**OBSERVAÇÕES:**

- Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (\*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
- Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (\*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
- Considere as pessoas que são **APENAS HIPERTENSOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho /
- Considere as pessoas que são **APENAS DIABÉTICOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

**\*Estimativa no território**

**Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente.**

Pronto | Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores | 80%

**Anexo C - Documento do comitê de ética**

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	

## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço                      de                      e-mail                      do                      orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.